大阪府高齢者介護予防・地域リハビリテーション推進事業

医療と介護の連携に関する手引き

～リハビリテーションを中心とした地域包括ケア体制の構築にむけた連携のために～

大阪府高齢者介護予防・地域リハビリテーション推進委員会
維持期検討専門部会

大阪府福祉部高齢介護室

医療と介護の連携に関する手引きの刊行によせて

大阪における地域リハビリテーションを考えるとき、故水野祥太郎先生をはじめとする大先達の多くの先生方のご努力が第二次大戦後に脈々としてあったことを忘れることができません。また戦後、我が国最初の「リハビリテーション」を実践する府立身体障害者福祉センターが設立され、第一回日本リハビリテーション医学会が開催された大阪府では、障害に対応するリハビリテーションの概念の中に医療と福祉を包括したサービスの考え方があったことを先達の文献から読み取ることもできます。

このような伝統あるリハビリテーションの地の大阪府の地域リハビリテーションの中では、「医療と介護の連携」を論議・検討することは、これまでの大阪府のリハビリテーションの歴史を総括すれば自ずとその方向は明らかになるものと考えてきました。

しかしシステムとしての地域リハビリテーションを構築する中で医療と介護の連携のあり方を求めた時、あまりにも分化して独自に発展した医療と福祉の各々の分野は、それぞれが考える地域リハビリテーションが接点の無いまま並列して頑張る形になっていました。

このため平成１２年度から始まった地域リハビリテーション推進事業では、その目的を、保健と医療・福祉が連携して全ての年齢層の全ての障害に対応するシステム作りに置かれました。各分野の関係専門職の積極的参加と協力が得られたこともあり、平成　１７年に大阪で開催されたリハビリテーション・ケア合同研究大会2005で、全国に発信された「地域から紡ぐリハビリテーション」に代表されたように、推進事業はこれまで順調に発展してきたように思います。

しかし平成１８年に推進体制が見直され、高齢介護予防にその軸足を移した以後、府内におけるこの面での地域格差が見られるようになり、これまでに構築された地域リハビリテーションシステムを有効に生かした介護保険下での府の標準的な医療と福祉の連携のあり方が問われるようになりました。

全国的にも介護サービスの地域間格差が問題になりつつある中で、大阪府内の介護サービスの標準化のためにも、医療と介護の連携の具体的あり方を提示する必要が生じました。幸いこの３年間、高齢介護の府内におけるモデル事業を支えていただいた関係各位のご努力の甲斐もあり、ここに「医療と介護の連携に関する手引き」が出来上がったわけです。地域リハビリテーションを大きくとらえれば、地域文化の一端といえなくもありません。

出来上がった手引きは、地域リハビリテーションの理念を実現すべく、異なる地域の高齢介護のモデル事業から導かれた様々の経験を踏まえた地域包括ケア体制の構築に向けた手引書です。これをどのように実現するかは、関係各位による地域独自の方法に委ねられていることにご留意ください。

将来全国のモデルとなる大阪方式の確立を期待してやみません。

平成２２年３月

前大阪府高齢者介護予防・地域リハビリテーション推進委員会
維持期検討専門部会　部会長　鈴木　恒彦

はじめに

急速に高齢化が進む中で、すべての人々が住みなれた地域でいきいきと暮らせるように、可能な限り要介護状態にならないようにする「介護予防」や、要介護状態になっても自立を促すリハビリテーションの充実は、高齢者福祉施策において、重要な課題です。

大阪府では、リハビリテーションが必要な方の自立と社会参加を支援するため、平成１２年度から大阪府地域リハビリテーション推進事業を実施し、身近な地域において、保健・医療・福祉のサービスが切れ目なく効果的に提供されるシステムの整備を進めてきたところです。その支援体制として、リハビリテーション関係機関、関係団体の代表者で構成する「大阪府地域リハビリテーション推進委員会」（平成１８年９月１５日に「大阪府高齢者介護予防・地域リハビリテーション推進委員会」に改組）を設置し、これまで取組みを進めてまいりました。

取組みを進める中で、（１）急性期から回復期への病院間ネットワークの整備、（２）回復期と維持期との医療システムの構築、（３）維持期におけるフォローアップ体制の構築、といった課題が浮かび上がってまいりました。

これまでの取組みにおいて、（１）急性期と回復期のネットワークにつきましては、一定程度整備がされてきたところです。

一方で、平成１９・２０年度のモデル事業において上記（２）（３）の課題についての具体的方法の検討を行ってまいりましたが、この点につきましては、地域で必ずしも実践されているとはいいがたく、課題が多いのが現状です。

本手引きは、これまでのモデル事業の成果を踏まえ、高齢者の状態の変化に応じて医療と介護のスムーズな連携が図られ、維持期におけるフォローアップ体制が構築されることを目的に、その具体的手法や関係機関の役割を中心に作成いたしました。

この手引きが、市町村等地域における地域包括ケア体制確立のための一助となりますよう期待いたします。

今後とも大阪府地域リハビリテーションの推進につきまして、皆さま方のなお一層のご理解、ご協力のほどをよろしくお願い申し上げます。

末筆になりましたが、本手引きの作成にご協力をいただきました関係者の皆さまに厚くお礼申し上げます。

平成２２年３月

大阪府福祉部高齢介護室

室長　　森田　和志

目　　次

Ｉ．はじめに

１．背景

　大阪府では平成１２年度より、地域リハビリテーション推進事業に取り組んできました。
　この事業は、リハビリテーションの必要な障がいをもった方が、住み慣れた地域で、残存機能を活かしながら、その人らしくいきいきと暮らすためのリハビリテーション体制を構築することを目指すものです。
　具体的には、疾病･障がいが発生した際に、入院した時から在宅生活まで、切れ目のないリハビリテーション体制を整えるとともに、ご高齢の方や障がいをもった方々の在宅生活においては、障がいの予後を見越した事前(予防的)対応を行うことによって、疾病・障がいの悪化予防をはかると同時に、機能低下時には医療に戻せるように、関係する保健・医療・福祉の職種・機関が協力しあう体制を整えていくことです。

２．地域リハビリテーション推進事業の経緯

○事業開始(平成１２年度)
- ・地域リハビリテーション推進委員会および地域リハ専門部会の設置
- ・高齢者保健福祉圏(二次医療圏)ごとに地域リハ連絡協議会の設置
- ・二次医療圏ごとに地域リハビリテーション地域支援センター（Ｐ２７参照）の指定
- ・病院連絡会の設置・運営

○リハビリテーション関連事業の実施
- ・高次脳機能障害支援モデル事業（平成１３～１５年度）
- ・脳卒中等地域リハビリテーション支援実施モデル事業（平成１６～１８年度）

○推進体制の見直し(平成１８年度)
- ・介護保険法改正にともない、地域包括ケアシステムの構築を図る
- ・地域リハビリテーション推進委員会を改組し、高齢者介護予防・地域リハビリテーション推進委員会に再編(１８年度)
- ・維持期検討、介護予防、認知症対策の３専門部会の新設

こうした一連の動きの中で､以下の３点が更に取り組むべき課題として浮かびあがってきました。
　①急性期から回復期への病院間ネットワークの整備
　②回復期と維持期との連携システムの構築
　③維持期におけるフォローアップ体制の構築

○平成１９年度以降の取組みについて
　平成１８年度に維持期検討専門部会で検討した課題の中で、上記①については、府保健所と地域リハビリテーション地域支援センターの連携のもと、病院間連携会議の開催、空床情報の共有方法のシステム化、医療情報共有のためのツールの開発等を行い、さらに平成２１年度からは病院間ネットワークメンバーの自主運営により、ネットワークが維持されています。
　上記②･③については、平成１９年度より課題解決のための実践的モデル事業を府内３か所で実施し、情報共有のための連携シートの作成や入退院システムフローの検討･在宅で機能低下した時に医療につなぐ仕組みの検討等を行いました。
　この『医療と介護の連携に関する手引き』では、平成１９・２０年度のモデル事業の取組みを中心にこれまでの成果をまとめています。
　今後、これを府内市町村に普及させ、市町村における地域包括ケア体制の整備を支援していく方針です。

３．『医療と介護の連携に関する手引き』作成の主旨

これまでの取組みにおいて、急性期と回復期の病院間のネットワーク（①）については一定程度整備されたと評価しています。

一方、平成１９・２０年度モデル事業にて②･③についての具体的方法の検討を行ってきましたが、地域によって必ずしも実践されているとはいいがたく、課題が多いといえます。

したがって、この手引きでは、②と③を包括する主旨で「医療と介護の連携に関する手引き」とし、高齢者の状態の変化に応じて医療と介護のスムーズなバトンタッチが図られることを目的に、その具体的手法や関係機関の役割をまとめています。さらに、その上流に位置する地域連携クリティカルパス導入による急性期から回復期の病院間ネットワークの整備についても触れています。

もとより、地域リハビリテーションがその地域で機能するためには、その地域にあった手法を関係者の話し合いの中で確立していくことが重要です。この手引きが市町村における地域包括ケア体制の確立のための促進手段（市町村をはじめとする地域リハビリテーション関係機関への手引き）となることを期待します。

Ⅱ．脳卒中モデルについて

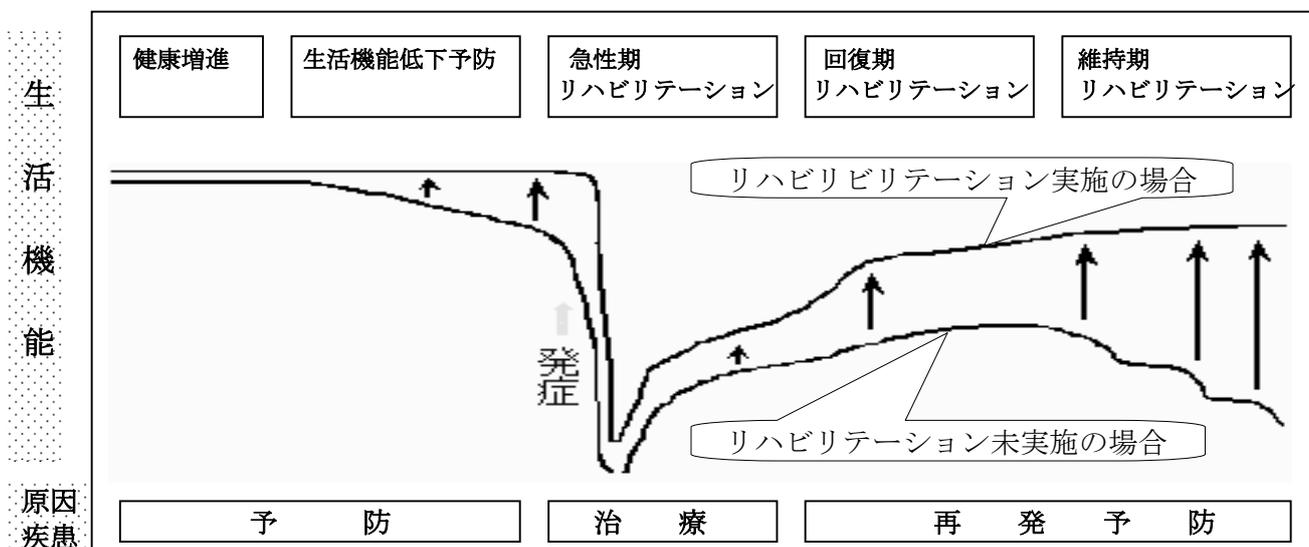
１．脳卒中モデル

この手引きは脳卒中モデルを中心に作成しています。

脳卒中（脳梗塞、くも膜下出血、脳出血）は、発症の前後での身体機能の変化、生活の変化が大きく、寝たきり高齢者の原因疾患の約４割、要介護者の原因疾患の約３割を占め、介護保険を利用する人の原因疾患の第１位となっています。

また、ひとたび脳卒中を発症すると、合併症・再発予防のために、日常生活上の注意点や制約が多くあり、在宅生活においても、医療の継続や状態の変化にあわせて適切な時期に医療・介護の介入が必要な疾患です。

実際、これまでの予防や医療・介護のリハビリテーションは脳卒中を主要な対象として取り組まれてきました。脳卒中モデルは発症後の各ステージの特徴と対応がわかりやすく、また、他の疾患への応用も可能です。もちろん、「医療と介護の連携」は他疾患においても課題です。そこで、本手引きを活用し、そのエッセンスを他疾患の症例にも応用していきましょう。

脳卒中モデル　　＊高齢者リハビリテーション研究会上田委員作成資料を基に作成

２.脳卒中モデルの３つのステージ

脳卒中モデルの３つのステージは以下のとおりです。リハビリテーションは、各ステージの特徴に応じて行われることが必要です。

①急性期リハビリテーション

急性期リハビリテーションは、発症後速やかに開始され、病態が不安定な時期に、専門診療科と一緒になり、治療(急性期治療)と並行して、主に急性期病院にて実施されます。

早期離床によるＡＤＬの早期自立、合併症の予防、廃用症候群の予防などの治療後の障がいを最小限にするために行われます。

急性期医療においては、こうした疾病治療と並行したリハビリテーションの重要性が意識されることがまずは必要であり、リハビリテーションの介入は入院後速やかに開始されることが重要です。さらにこの段階で退院時の課題を可能な限り予測しておくことが重要です。

全身状態の管理が一段落した段階で、回復期リハビリテーション病棟との間の地域連携クリティカルパスを最大限利用し、早急に回復期リハビリテーションに移行する必要があります。

②回復期リハビリテーション

回復期リハビリテーションは、合併症を含めた急性期治療が終了し、全身状態がほぼ安定した状況下で、医師・理学療法士・作業療法士・言語聴覚士等の多職種の連携のもとで集中的に行われます。

回復期リハビリテーションは在宅生活へむけた準備であり、回復期リハビリテーション病棟や外来等にて実施されます。

ここでは、機能障がいの改善のみならず、日常生活能力の再獲得を目指し、寝たきり予防・家庭内復帰の支援を目的に行われます。

こうした目標を達成するため、早期から患者の機能予後を予測することが重要です。また、在宅復帰のためには環境調整が必須で、介護保険によるリハビリテーションサービスのあり方が問われます。

急性期リハビリテーションをうけ、シームレスに回復期から維持期リハビリテーションにつなげる準備がここで行われなければなりません。

③維持期リハビリテーション

維持期リハビリテーションは、急性期・回復期リハビリテーションの後の在宅・施設などでの新たな生活パターンを確立するため行われます。急性期・回復期リハビリテーションにより獲得した機能や能力をさらに発展させ、日常の健康管理のみならず、ご本人の家庭や地域における役割を再認識し、生きがいを持つことが大切です。

このためには、対象者ごとの問題点を的確にとらえ、起こりうる問題の予防と対応に努めなければなりません。また患者･家族による保健・医療と介護保険の適切なサービス利用が欠かせません。

とりわけ在宅においては、市町村の地域包括支援センターが適切に関わり、介護支援専門員、かかりつけ医が中心となった、保健・福祉・医療の連携が極めて重要です。

リハビリテーションの流れと各ステージにおける各機関の役割･機能を整理すると、以下の点が重要です。

急性期リハビリテーションの開始時から、家庭内復帰、社会参加を目標にしたリハビリテーションが展開されます。

また、各ステージともいわゆるリハビリテーション医療と生活リハビリテーション両方の視点が必要ですが、急性期リハビリテーションから回復期、維持期リハビリテーションへと移行するにつれ、リハビリテーション医療の視点から生活リハビリテーションの視点へと、比重が変化していきます。

リハビリテーションの流れと各ステージにおける役割･機能の整理

急性期リハビリテーション	急性期病院 （疾病治療、早期離床、合併症予防、廃用症候群予防）	リハビリテーション医療
回復期リハビリテーション	回復期病院・外来等 （機能障がいの改善、日常生活能力の再獲得、家庭内復帰の支援）	リハビリテーション医療 生活リハビリテーション
維持期リハビリテーション	在宅：通所リハビリテーション・訪問リハビリテーション・短期入所等 日常の健康管理 生活機能の維持・向上、 自立生活の推進（介護予防・悪化予防・介護負担の軽減） QOL の向上　社会参加 入院・入所：療養病床、介護老人保健施設、介護老人福祉施設等 （生活機能の維持・向上、家庭内復帰の支援等）	リハビリテーション医療 生活リハビリテーション

Ⅲ.　医療と介護の連携

１.「医療と介護の連携」とは

「医療と介護の連携」とは、医療関係職種・機関と介護関係職種・機関とが各々の役割・機能を明確にしつつ、不足している機能を補完しあえる関係性を築くことです。

医療と介護の連携を図ることで、入院中から在宅生活を見越した支援、在宅生活へのスムーズな移行、医療情報に基づくケアプランの作成や療養管理を行うことが可能になります。一方、在宅生活中の介護保険では対応できない、身体機能の低下や健康不安に即応した適切な医療サービスの提供によって、生活機能の維持が図れることにもなります。

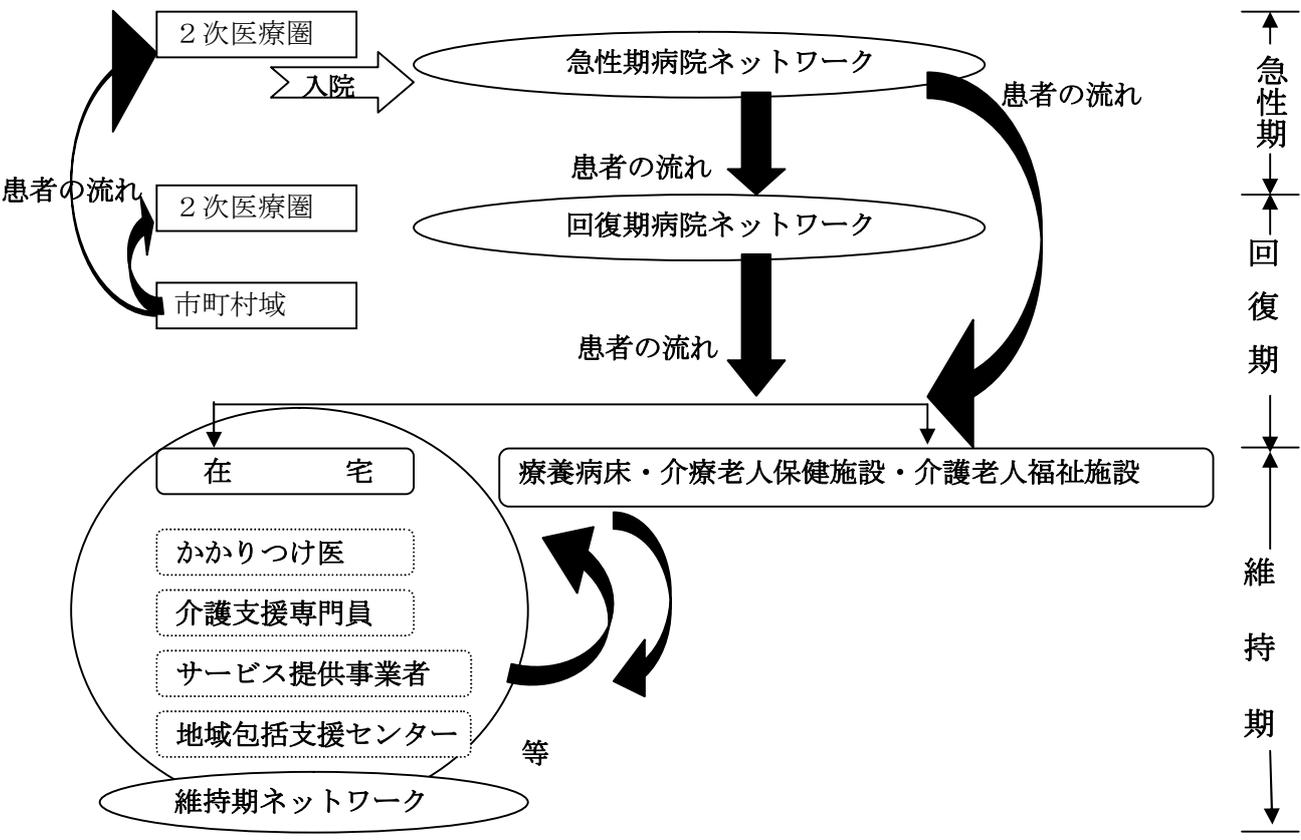
２．連携のパターン

「医療と介護の連携」と一口でいっても、その意味するところには多様な側面があります。関係者も多種にわたりますが、整理すると連携には、「急性期から回復期を経て、維持期に至るステージ間の連携」と「維持期(在宅)におけるステージ内の連携」の２つがあります。

①　急性期・回復期と維持期のステージ間の連携（制度間の狭間を埋める、縦の連携）

ステージ間連携には、「医療保険と介護保険との連携」、「医療と福祉・介護の連携」、「医療職と福祉職・介護職の連携」といった側面があります。

急性期・回復期から維持期に移行すると、多くのケースでは医療保険から介護保険へ移行します。逆に、在宅生活を送る中で、生活機能が低下し医療機関によるリハビリテーション医療を必要とした場合（維持期から回復期・急性期病院への入院）には、介護保険から医療保険へと移行します。

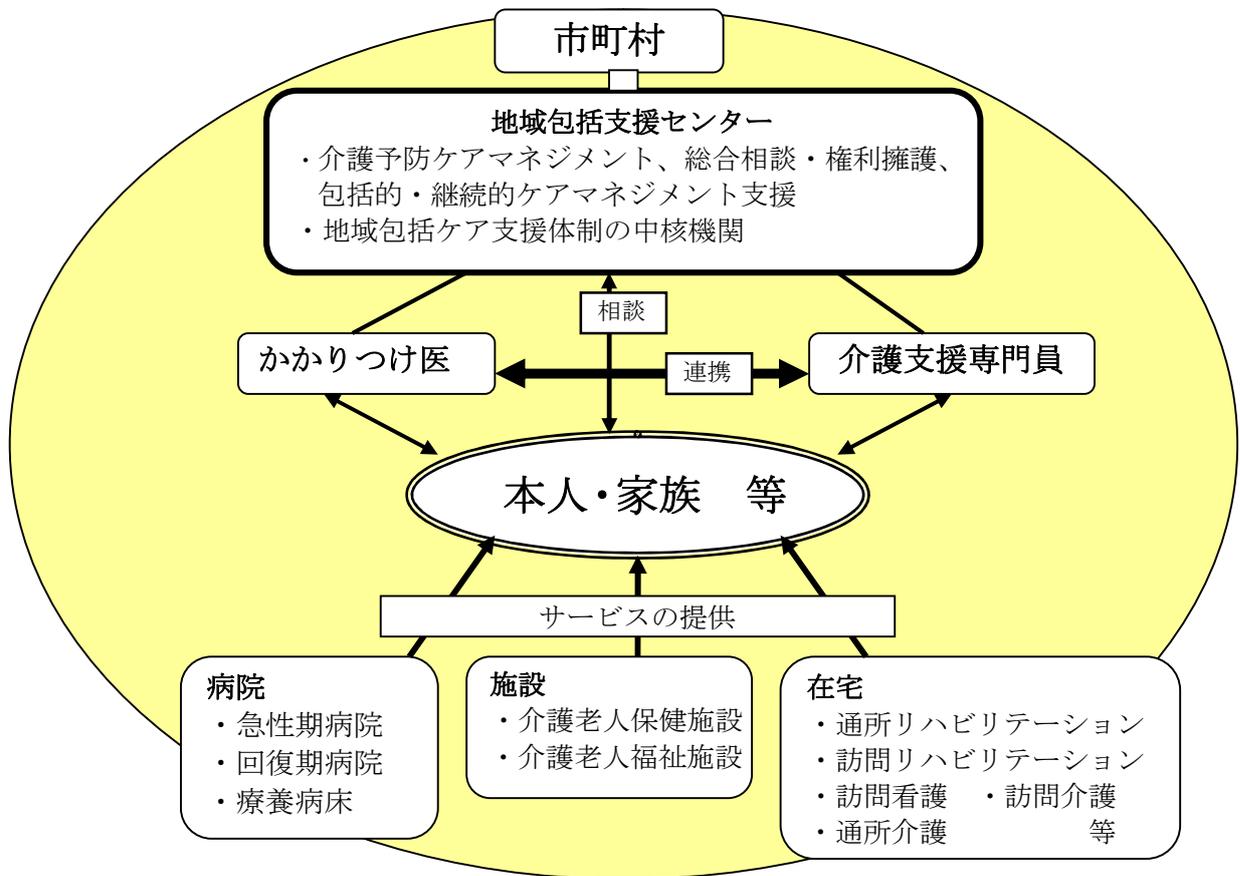
リハビリテーション医療から生活リハビリテーションへ一貫したリハビリテーションの体制整備、医療保険制度と介護保険制度相互のスムーズな移行が必要です。そのためには、医療機関・関係者と維持期関係機関・関係者相互間における対象者の障がい情報の共有と適切な引継ぎが重要です。

②維持期におけるステージ内の連携（多職種間連携、横の連携）

「維持期におけるステージ内連携」には、「主治医(医療職)と介護職・福祉職の連携」の他、「施設と在宅の連携」などがあります。

維持期（多くは在宅生活を想定）の支援には、医療面・介護福祉面双方からの支援が必要であり、かかりつけ医、地域包括支援センター、介護支援専門員、訪問看護ステーション、リハビリテーション提供事業所、介護老人保健施設、介護老人福祉施設など、多くの職種・機関が関わっています。

そこで､市町村の責務のもとに､地域包括支援センターが中心となって関係機関の連携体制の構築、地域包括ケア体制の構築を行うことが重要です｡また､この地域包括ケアが実際に機能するためには、かかりつけ医と介護支援専門員双方が協力しあいながら、医療と介護に関わる多職種･機関が連携を図っていくことが必要です。これにより、各職種・機関がそれぞれの役割・機能を発揮し、再発予防のための保健指導や的確な医療･介護情報に基づいた療養環境の管理を行うことで、予後を見越した事前(予防的)対応が可能となります。

また、本人が自分の情報を自分で管理し、意欲的にリハビリテーションにとりくむ姿勢を身につけるような支援をしていくことが望まれます。

維持期における連携（市町村域ネットワーク）

３．地域連携の重要性

本手引きでは、脳卒中モデルケースに沿って、急性期、回復期、維持期の切れ目のない、シームレスな流れをつくることが、障がいをもちながらも自立した在宅生活への復帰に必要であると述べてきました。しかし、障がいの原因となる疾病やその重症度、ご本人の考え方、家族・地域の受け入れ環境によって、医療と介護のかかわりは大きく左右されます。制度上のシステムだけでこれらに対応することが出来るものではありません。

特に高齢者は、複数の疾病を持つ方が多く、また、一人暮らしの増加などで、さまざまな生活支援を必要とする方が増えています。

支援が必要な高齢者をトータルで支えるためには、急性期から維持期、維持期から急性期の間の相互の適切な連携が求められます。一人ひとりの個別的ニーズに答えるためには、弾力的運用に耐えうる寛容さを備えた支援システムの関連職種間の連携が不可欠なのです。地域の医療・介護資源は限られていますが、高齢者、障がい者の生涯を支える地域の連携（＝地域文化）は計りしれない力を持っています。

医療は限られた専門分野ですが、介護に関わる分野はまさに地域文化に根ざした広範な支援に基づいたものでなければなりません。リハビリテーションの語源である復権（＝地域復帰）を実現するためには、今こそ医療介護に関わる多職種が協働してグローバルリハビリテーションを実践することが求められているのです。

地域連携の具体例として次の点が挙げられます。

○　入院リハビリテーションにより再獲得した身体機能が、退院による住・生活環境の変化（介護者の変化、生活リズムの変化）により、退院直後に急激に低下することがあるといわれています。病院から在宅への移行時に身体機能の低下を最小限にするためには、医療側から介護(在宅)側への医療情報の適切な引継ぎ、リハビリテーション医療から生活リハビリテーションへと一貫したリハビリテーションの体制の整備が必要です。一貫したリハビリテーション体制を整えることで、リハビリテーションの視点をとりいれた生活支援が可能となり、また、在宅生活における機能低下の予防のための支援が可能となります。
　なお、引き継がれるべき情報の中には、ご本人の考える自立のあり方を尊重した、家族も含めた周辺の人々の日常的接し方等の工夫が含まれる必要があります。
　また、在宅生活において生活機能が低下した時に医療機関に適切につなぐためには、日常からかかりつけ医・介護支援専門員・関係職種間で情報の共有や連携を密に行い、変化する生活の状態像を把握しておくことが必要です。

○　在宅生活をしていたケースで症状悪化により入院する場合、対象者や家族も高齢者や独居の方が多く、症状悪化の経過や日常の生活状況等を病院関係者に適切に伝えることが困難な場合があります。このため、在宅での生活の自立の状況やご本人の考え、家屋等の客観的情報を維持期(介護)側から回復期（医療）側に適切に提供することが求められます。
　一方、退院後の生活を想定したリハビリテーション実施計画表を提示するためには、医療側の行うリハビリテーション医療サービスと連続した生活リハビリテーションサービスが準備される必要がありますが、医療情報が介護側に理解できる形で提供されなければ連携の意味がありません。
　介護保険の未申請の方は入院中に申請を行い、在宅生活の準備を行う必要があります。この時の情報提供も、生活リハビリテーションに配慮されるべき医療的情報が介護側に理解できる内容か否か、障がいの重症度の認識に介護側との差異がないかが連携を進める上で基本的課題となります。

○　医療の進歩に伴い、医療依存が高い状態で在宅療養が開始される場合もあり、入院中の医療情報が在宅での療養管理にも重要です。また脳卒中等では高齢者が多く、基礎疾患の生活習慣病の治療が並行して必要な場合もあります。基礎疾患の悪化予防・合併症予防・再発予防のためには疾病に付随する日常生活上の注意点や制約があり、服薬管理、生活リハビリテーションとしての運動訓練の強度と頻度、通院頻度等の医療情報を得ることで予防の視点で連携の取れたケアプランの作成、支援が可能となります。もちろんご本人の自立生活のニーズがどこに集約されているのかを考慮したケアプランが基本であることを介護側は忘れてはなりません。

残念ながら、医療と介護の連携の現状をみてみると、医療機関から退院し、在宅生活にかわる時点(回復期から維持期への移行時)で、医療機関と介護関係職種間での連絡体制が十分とはいえません。また、退院後においてもかかりつけ医と介護関係職種との連携体制が必ずしも整っていません。
今後、地域連携クリティカルパスの導入により、回復期病院とかかりつけ医との医療情報の伝達・共有については進むと予想されます。しかし、退院後の生活において、生活全般の介護を支援していく中心的役割を担うのは介護支援専門員であり、医療に関する役割を担うのはかかりつけ医などの主治医です。地域包括支援センターの連携調整の下に、両者が連携してご本人のニーズを支援し、また、医療・介護に関わる多職種が情報を共有しあいながら在宅生活を支えることが必要です。
医療と介護の連携が進まないもう一つの原因として、維持期(介護)関係者には福祉系職種が多く、医療現場で用いられる言語が十分に伝わらない（立場が変わるため理解できない）という課題もあります。一方医療関係者には、福祉や介護に関する情報や知識が少ないという歴史的な課題もあります。こうした課題に対し、互いの“言語”を理解し、「障がい」や「自立」の認識を共有することがまず必要です。課題解決のための方法として、回復期と維持期をつなぐ情報伝達のツールの開発や退院前カンファレンスの開催などがあります。もちろんこれは十分な時間をかけた着実なステップアップが求められる課題です。

コラム　「医療と介護の連携の現状（連携を阻むものは何か）」

回復期と維持期の間には、以下のような現状や課題があります。

◆介護職が感じる医療職に対する“垣根の高さ”（心理的要因）
◆病院から在宅へ情報をつなぐツールや仕組みがない
◆在宅で機能低下時に医療につなぐ仕組みがない
◆疾病治療後速やかにリハビリテーション医療に繋ぐ医療機関のシステムが不足
◆医療・介護関係者共通の“言語”が少なく、介護関係者が医療情報を十分理解できない。一方で、医療関係者が介護に関する情報を十分に持ち合わせていない、在宅の視点が少ない（医療と介護の専門性の違い）。
◆各職種間の相互の役割・機能の理解不足
◆在宅では関わる職種が多いにもかかわらず、関係職種の意見を調整したり、ネットワークをまとめる機関が明確でない
◆在宅で関わる職種･機関の役割分担があいまいである
◆担当者間でのケアプランの検討の場がない

４．期待される効果

「医療」と「介護」の連携を図ることは、障がい者や高齢者の在宅自立を支援するためのグローバルリハビリテーションを共有することであり、引継ぎのポイントやそれぞれの職種が担うべき役割・行動を明らかにすることでもあります。これらによって、以下の効果が期待できます。

《患者・家族にとっての期待される効果》
◆ 入院早期から退院後の生活を見通した情報提供やケアを受けることにより、自立のための在宅療養の可能性と選択肢が拡大します。
◆ 「医療」の早期介入とフォローアップを受けることで、退院後の医療の問題が軽減され、不安の緩和と再入院の予防、退院後に医療上の問題が生じた時の対応を事前に決定することが可能になります。
◆ 効率的リハビリテーションの機会が増えます。

《病院側にとっての期待される効果》
◆ 平均在院期間の適正化、退院における在宅率の増加、救急外来の利用や再入院率の低下、退院や転院に関する利用者の苦情等の減少により、医療の適正化が図られます。
◆ 紹介率の向上、病診連携の促進が図られます。
◆ 病院職員の退院支援活動への理解の向上と在宅支援業務のスキルや職務への満足度の向上が期待できます。

《在宅サービス事業所にとって期待される効果》
◆ 在宅サービスを利用する高齢者および家族の状況把握が早期に可能となります。
◆ 在宅で実施可能な医療ケアの準備や手配がより適切に実施できます。

Ⅳ．課題解決のためのモデル事業（平成１９・２０年度実施）から

本手引きは、平成１９・２０年度のモデル事業の成果を主に取りまとめています。そこで、モデル事業を紹介しながら、その成果の共有を図りたいと思います。

１．医療介護連携における取組課題

平成１８年度の大阪府介護予防･地域リハビリテーション推進委員会維持期検討専門部会において、回復期と維持期の連携と維持期における体制について、下記の課題が提起されました。

１）退院患者の円滑な在宅生活への移行について

入院中早期から病院と介護支援専門員との連携が不十分で､医療情報を適切に反映したケアプランになっていない。

２）在宅生活におけるフォローアップ体制構築について

在宅かかりつけ医の訪問診療頻度では患者の機能低下にリアルタイムに対応できない場合がある。

サービス担当者会議で検討された内容をケアプランや支援に反映していないことがある。

介護支援専門員の属性が医療系から福祉系にシフトし、リハビリテーションの適応を正しく判断できないのではないか。

在宅かかりつけ医にもリハビリテーションの専門性が不十分な場合がある。

３）地域包括ケア体制の整備について

病院と在宅主治医および介護支援専門員との連携が十分図られていない。

急性期から在宅までのリハビリテーション体制が一貫したものになっていない。

地域包括ケア体制整備のための連携支援体制が十分でない。

２．モデル事業実施結果

平成１９・２０年度には、上記の課題を解決するためのモデル事業を府内３か所（大阪介護支援専門員協会・関西リハビリテーション病院・和泉市）にて実施しました。

１）大阪介護支援専門員協会モデル（大阪介護支援専門員協会、府立急性期・総合医療センター）

《背景》

入院早期には、患者・家族は心理的にも混乱しており、介護保険未利用者が在宅介護についての窓口を把握することや制度利用に関しての自己決定をすることは時に困難となります。たとえ入院前に介護保険制度を利用していたとしても､入院早期に自ら担当介護支援専門員に連絡することができない場合もあります。

また､急性期から直接在宅復帰するケースもあり､在宅支援の準備の時間が短い場合があります。

さらに、居住地から離れた医療機関に入院することとなった場合、医療機関側も本人居住地の介護支援専門員と連絡を取りたくても､どこにどのように連絡をしたらよいかわからないという現状もあります。

《取組内容》

入院早期から病院と介護支援専門員が連携を深め､医療情報を効果的にケアプランに反映させるための方法を確立する。

① 入院早期から介護支援専門員が患者面接を行うことを決定

② 病院窓口としての医療ソーシャルワーカーの位置付け、役割の明確化

③ 病院から介護支援専門員への連絡方法の確立

◆モデルにおける取り組みから見えてきたこと～連携（退院時カンファレンス）を阻むもの～

〈病院内における課題〉

○医療ソーシャルワーカーに在宅でリハビリテーションの必要な全ての退院患者に関する情報が提供されないため、医療ソーシャルワーカーが介入できないか初期介入が遅れることもある。
○医療ソーシャルワーカーの存在を知らない家族もある。
○退院を少しでも先延ばししたいという気持ちから、家族の方が医療ソーシャルワーカーに相談するタイミングが遅れることがある。
○病院としての医療ソーシャルワーカーのマンパワーが不足している。

〈病院と介護支援専門員との連携に関する課題〉

○病院側は地域の介護支援専門員の窓口や連絡先がわからない（把握していない）。
○直前まで方針が決まらないまま退院日が決まることがあり、入院中に病院と介護支援専門員との情報交換が十分に行えない。
○要介護の認定結果を待って、病院から介護支援専門員に連絡を行うため、入院早期からの病院と介護支援専門員との連携が図りにくい現状がある。

◆モデル事業の成果

①連絡体制の変更

モデル事業開始以前は、退院時カンファレンスは「医師と院内スタッフのみ」で行い、在宅関係者との調整は、介護支援専門員からの依頼により病棟看護師と介護支援専門員で行われていました。

なお、他の多くの病院では、退院時カンファレンスは「医師・看護師」など病院スタッフ間で行われています。

このモデル事業では、患者・家族に対し入院早期から在宅サービスの情報を整理伝達し、支援が開始できるように、病院内での病棟から医療ソーシャルワーカーへの連絡体制を整えるとともに、病院から大阪介護支援専門員協会に連絡が入るシステムを検討しました（Ｐ５２「医療ソーシャルワーカーから大阪介護支援専門員協会連絡票」参照）。

②カンファレンス開催に関する変更事項

また、医療情報をケアプランに反映するために、入院中のカンファレンスに関する取決めを以下の内容に変更しました。

・退院前カンファレンスを退院一週間前に開催する
・医師・介護支援専門員がカンファレンスに同席する

	府立急性期・総合医療センター在宅カンファレンス	変更	調　整　後
実施時期	➢ 入院直後 ➢ 入院時１週間後 ➢ 退院時	⇨	退院１週間前
メンバー	担当医と院内スタッフのみのチームメンバー ＊在宅関係者と医師との接点はなかった		医師・看護師・リハビリ関係者・医療ソーシャルワーカー・介護支援専門員

③介護支援専門員の行動チェックリストの作成

介護支援専門員が、病院からどのような情報を得て、利用者にどのように関わっているか、自己点検できるように、行動チェック項目を整理しました（Ｐ１１参照）。

④研修の実施

医療情報を理解するためには、専門性の枠組みをこえた共通言語として「機能的自立度評価法（ＦＩＭ）」の理解が必要との認識から、ＦＩＭに関する研修を開催しました。専門性の技術や概念を取得するには、共通理解を形成するための研修・啓発が必要です。

♪モデル事業で作成した「大阪介護支援専門員協会から担当介護支援専門員へのチェックリスト（Ｐ５３参照)」をもとに、患者が退院するまでに介護支援専門員が確認すべき項目を整理してみました。

項　目	内　　　　　容	チェック欄
病院からの資料	診療情報提供書	
	看護サマリー	
	リハビリテーション実施計画書	
	その他　（　　　　　　　　　　　　　　）	
入院中の利用者との面談状況	面談あり　　　　（　　　　　）回	
	面談なし　　理由（　　　　　　　　　　　）	
病棟医療スタッフとの面談状況	担当医師名　　　［　　　　　　　　　　］ 担当医師との面談回数　　（　　）回	
	担当看護師名　　［　　　　　　　　　　］ 担当看護師との面談回数　（　　）回	
	担当ＰＴ・ＯＴ・ＳＴ名［　　　　　　　　］ 担当ＰＴ・ＯＴ・ＳＴとの面談回数（　　）回	
	その他　職種名　［　　　　　　　　　　］ 面談回数　　　　（　　）回	
利用者家族との面談状況	あり　　　　　　　　（　　）回	
	なし　　　　理由（　　　　　　　　　　　）	
入院中カンファレンス実施状況	あり　　　　　　　　（　　)回	
	①　　　年　　月　　日	
	②　　　年　　月　　日	
	③　　　年　　月　　日	
届出書類	介護サービス作成依頼申請書提出日　（　　年　　月　　日）	
	居宅支援事業所契約日　　　　　　　（　　年　　月　　日）	
	居宅サービス計画書作成日　　　　　（　　年　　月　　日）	
退院日確認	年　　月　　日　確認	
退院前カンファレンス	年　　月　　日　実施	
備考欄		

２）豊中市モデル（関西リハビリテーション病院）

《背景》

維持期においては、在宅で生活している高齢者の機能低下に対し、かかりつけ医による通常の訪問診療の頻度ではリアルタイムに対応できない場合があり、また、介護支援専門員はリハビリテーションの適応を正しく判断できないという課題があります。

この課題を解決するため、リハビリテーションの視点を取り入れた在宅支援や、機能が低下し在宅生活の継続が困難になった際に、介護側だけで解決するのではなく、在宅での情報が医療側にもフィードバックされ、両者が適切な連携をとることで医療・リハビリテーションの介入が早期に行われるシステムが必要です。機能低下時に適切に対応することで、機能低下を最小限にとどめ、在宅生活への早期復帰、在宅生活の継続が可能になります。

《取組み内容》

在宅生活維持のため、リハビリテーション医療の視点を導入し、必要時、医療介入が可能となる循環型フローシステムを構築する。

① 在宅での機能評価法の統一
② 機能低下状況にあわせたリハビリ医療介入の体制整備
　　リコンディショニング入院、在宅リハビリテーションプログラムの変更提案、
　　急性期・回復期病院連携強化
③ 情報共有のためのツールの作成
④ 医療と介護の循環型連携フローの作成と運用

◆モデル事業から見えてきた現状・課題

<u>在宅かかりつけ医からの問題提起</u>

・ 診療医間の連携が少なく、特に専門医とは薄い。
・ 個人差が大きいが、介護保険に対する意識が薄い医師も存在する。
・ 在宅かかりつけ医の訪問診療では、患者の機能低下を判断しリアルタイムに対応しにくい。

<u>介護支援専門員からの問題提起</u>

・ 機能低下に対して、担当者がリハビリ医療の視点を持っていない。
・ 在宅でリハビリテーションについてのかかりつけ医のコーディネート力不足や介護支援専門員のアセスメント・プラン作成の力量不足がある。
・ 医療に対する知識不足や医療の重要性を理解していない介護支援専門員もいる。
・ サービス担当者会議が形だけのものにとどまり、現場の実情を反映できていない。

◆モデル事業の成果

①情報共有・伝達のためのツールの作成とシステムの構築

［ツール］

➢ 本人・家族、医療関係者、リハビリテーション担当者が活用する「リハビリテーション連携シート」の試用　（Ｐ４８参照）
➢ 在宅での機能評価指標として機能的自立度評価法（ＦＩＭ）、ＦＩＭ短縮版（miniＦＩＭ）に統一し、地域リハビリテーション地域支援センターによる介護スタッフに対する評価法研修の実施

［システム］

➢ 実務担当者会議の開催
　メンバー：リハビリテーションを実施する病院（地域リハビリテーション地域支援センター）スタッフ、在宅医、地域包括支援センター、居宅介護サービス事業者、市担当課
➢ 既存会議の活用（市介護保険事業所連絡会の活用）

- 退院前に、病院内多職種や介護支援専門員、居宅介護サービス事業者等が自宅訪問を行い、生活環境調査を行い、退院前カンファレンスを病院内にて実施する。
- 「在宅における機能低下時のリハビリテーション医療介入フロー(医療と介護の循環型連携フロー)」の作成と運用（Ｐ３９参照）
  ・在宅生活中の高齢者の機能を介護支援専門員がＦＩM短縮版（miniFIM）の項目で３か月ごとに評価し、点数の低下が認められた際には地域リハビリテーション地域支援センターに連絡して、リハビリテーション医療等の介入方法を検討する仕組みを構築。
- 医師会との連携強化：かかりつけ医の登録制度発足

②サービスの質の向上のための取組み

- リハビリ資源不足時に使用する「自主訓練プログラム検索支援ソフト」の試作
- 事例検討の実施
- 医療介護連携システム構築のための研修会開催
  ・「リハビリテーション医療とは」
  リハビリテーション医療に関する講義と介護保険制度下でのリハビリテーションに関する問題点等をグループワークで整理
  ・「中途障害と地域生活を考える」
  体験談と地域福祉の充実にむけた意見交換・情報交換
  ・「患者ケアとＡＤＬ評価」～脳卒中患者の機能的自立度評価法（ＦＩＭ）を中心に～
  個々に応じたリハビリテーション、適切な患者ケアの設計、地域医療・在宅ケアへの応用についての講義

システム構築のためのポイント

○“顔”の見える関係(信頼関係)
○在宅高齢者の状況の客観的評価方法の共有
○情報の効率的利用と共通言語化(研修等の実施)
○在宅生活継続のためにリハビリテーションを考える「場」の存在
○適切な介入を行うためのスタッフのスキルアップ
○継続したモニタリングによるシステムの維持

◆モデル事業におけるかかりつけ医・介護支援専門員・居宅介護サービス事業所の役割

＜かかりつけ医＞

- サービス担当者会議への出席
- フロー図に沿った一連の連携業務
  特に、身体機能低下時の情報発信、機能の悪化もしくは疾患の悪化の判別

＜介護支援専門員＞

- 事例ケースの情報提供・フェースシート作成
- 場合により、事例検討会議への出席
- 初回/三ヶ月毎/機能低下時 における評価（評価方法は、ＦＩM短縮版（miniFIM）スクリーニング方を使用）
- 地域リハビリテーション地域支援センター主治医（回復期病院主治医等）へ上記の報告 （連絡シート使用）
- サービス担当者会議の開催
- フロー図に沿った一連の連携業務

＜居宅介護サービス事業所＞

- サービス担当者会議への出席
- フロー図に沿った一連の連携業務、特に、身体機能低下時の情報発信

３）和泉市モデル（和泉市）

《背景》

介護支援専門員が医師との連携をどのように図るか、常に課題として挙がっています。

介護支援専門員は経験年数や元職が個々違い、医師との連携状況に差があり、医師側からは主治医意見書は記入しているが介護支援専門員の動きが見え難いという意見がきかれます。

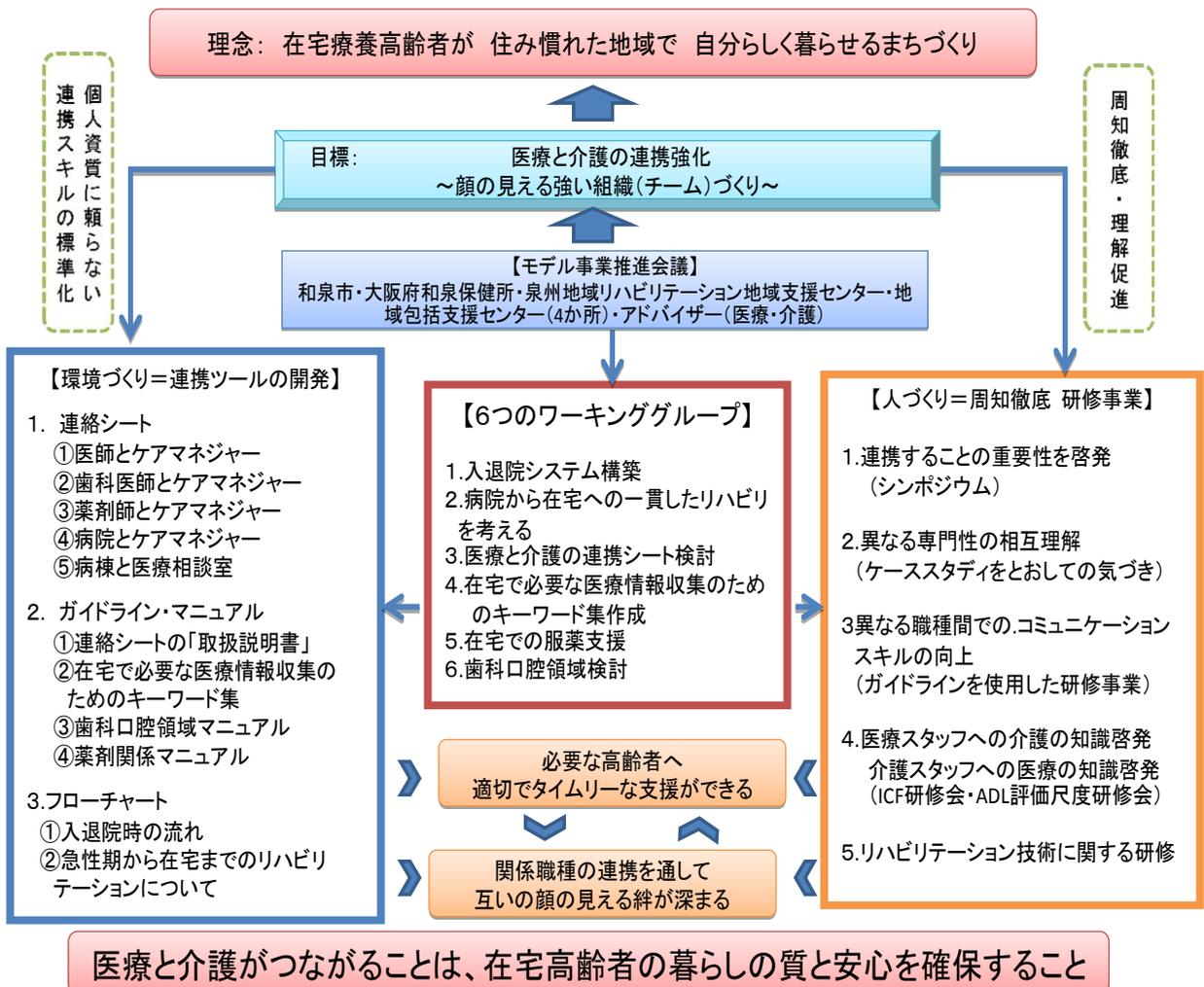
急性期→回復期→維持期の転機をたどる場合、入院から退院までの時間はありますが、障害程度が大きい場合があります。

このような対象者の特性があるにもかかわらず、医療と介護の連携が十分でないため、急性期から在宅までのリハビリテーション体制が一貫したものになっていないという課題もあります。

《取組み内容》

モデル事業推進会議を基盤にワーキンググループを立ち上げ、具体的ツールやシステムを検討するとともに、これらを現場で有効活用することで、連携支援体制を構築するための具体的方法を検証する。

また、連携することで、医師と介護支援専門員の専門性及び役割についての相互理解を深め、距離を縮める。

①　病院から在宅主治医や介護スタッフへの連携体制づくり
②　急性期から在宅までの一貫したリハビリテーション体制と情報の共有
③　支援体制づくりに向けた取組の周知とサービスの質の向上

◆モデル事業から見えてきた現状・課題

市内主要病院看護師と医療ソーシャルワーカーに対し、医療と介護の連携に関する課題についての聞きとり調査を、介護支援専門員に対し「地域連携に関するアンケート」をそれぞれ実施しました。

調査結果から見えてきた現状と課題は以下のとおりです。

○短期入院の患者や在宅復帰にリスクのある人が、在宅主治医や介護支援専門員等の在宅生活を支えるスタッフに連絡がないまま退院すると、在宅生活に支障や再入院となることがある。
○病院や在宅の主治医と介護支援専門員間において意思疎通が十分に図られていない。
○入院中のリハビリテーションと退院後の在宅でのリハビリテーションが一貫したものになっていない。
○病院スタッフや介護支援専門員がデイケア・デイサービスのリハビリテーション実施状況や特色等を十分把握していない。
○デイケア・デイサービスにおけるリハビリテーションの質の確保や実施効果の評価が十分でない。
○リハビリテーションに関する情報が少ないため、利用者に適したケアプラン作成が難しい。
○医療・介護の枠をこえた顔の見えるネットワークが不十分で、住民を軸とした医療・介護の一貫したシステムや連携体制が整備されていない。
○医療スタッフの“在宅の視点”や介護スタッフの“医療的な知識”が弱く、退院時カンファレンスをしても在宅の視点を踏まえた計画に至っていない。

◆モデル事業の成果

「和泉・医療と介護の連携プロジェクト」構想図（Ｐ１４参照）に明記されているように、６つのワーキンググループを立ち上げ、各ワーキングは地域包括支援センター主任介護支援専門員が中心となって、病院スタッフやかかりつけ医・歯科医師・薬剤師の助言を得ながら、連携ツールの作成や業務フローの作成を行いました。

このモデル事業にて作成しました連携に関するシートやキーワード集は、参考資料に添付していますのでご参照ください。

①　各種連携シートやガイドブックなどの“連携ツール”の作成と活用

これらの連携ツールは連携の具体化を図る上で、必ずといってよいほど役立つものです。もちろん様式は必ずしもこれらのとおりである必要はなく、その地域にあったツールを作成することで地域リハビリ体制の構築を目指すことが重要です。

- 「在宅生活情報シート」（Ｐ４２参照）
- 「医療と介護の連携連絡票」（Ｐ４５参照）
- 「居宅薬剤アセスメント表(介護支援専門員用)」（Ｐ４６参照）
- 「ハイリスク医療相談連絡票」（Ｐ４７参照）
- 「地域連携カンファレンス用　事前情報提供シート」（Ｐ５１参照）
- 「在宅で必要な医療情報収集のためのキーワード集」（Ｐ５４参照）
- 「ＡＤＬ評価マニュアル」「ＡＤＬ評価表(チェックリスト)」
- 「健康は歯から！～歯科・口腔の手引き」

②　具体的行動を示した業務フローの作成

- 「(和泉市立病院）入退院システムフローチャート」（Ｐ３８参照）
- 「在宅における機能低下時のリハビリテーション医療介入フロー図」（Ｐ３９参照）
- 「回復期・在宅リハビリテーション連携フロー図」（Ｐ１６参照）

また、このモデル事業では、回復期病院に入院してから退院までの一連の流れのなかで、回復期病院リハビリテーション担当者と在宅での支援を担当する介護支援専門員の連携フロー図と、回復期リハビリテーションと在宅リハビリテーションをつなげるための「地域連携カンファレンス」の手順を作成しました（Ｐ１７参照)。

回復期・在宅リハビリテーション連携フロー図

（１回目）　『地域連携カンファレンス手順』

<table>
<tr><td>目的</td><td colspan="2">入院中の状態の確認（中間報告、今後の予定）退院後、在宅生活がスムーズに送れるように在宅生活の目標を設定して準備する</td></tr>
<tr><td>招集調整責任者</td><td colspan="2">担当のリハビリテーションスタッフ（医療側スタッフの招集と介護支援専門員への連絡）</td></tr>
<tr><td>開催場所</td><td colspan="2">病院</td></tr>
<tr><td>参加者</td><td colspan="2">本人、家族、病院医師、医療ソーシャルワーカー、リハビリテーション担当スタッフ、看護師、介護支援専門員等、など</td></tr>
<tr><td>実施時期</td><td colspan="2">退院１ヵ月前頃</td></tr>
<tr><td rowspan="4">参加スタッフの役割</td><td>医療ソーシャルワーカー</td><td>入院中に得た情報の提供、各制度や相談窓口の情報提供</td></tr>
<tr><td>リハビリテーション担当スタッフ</td><td>カンファレンスの進行、リハビリテーションの内容、状態についての情報提供</td></tr>
<tr><td>病院医師、看護師</td><td>健康状態や治療について情報提供</td></tr>
<tr><td>介護支援専門員等</td><td>本人の状態の情報収集（アセスメント）</td></tr>
<tr><td>準備物品</td><td colspan="2">地域連携カンファレンス用事前情報シート(医療スタッフ)</td></tr>
<tr><td>検討内容</td><td colspan="2">確認事項
①　本人・家族の意向
②　退院後の受診先
③　住宅環境評価の時期と改修業者
④　試験外泊の時期の確認と退院の時期
⑤　身体障害者手帳の申請の必要性
⑥　リハビリテーションの状況やリハビリテーション計画の中間評価、退院までのリハビリテーションの内容
⑦　入院中の状況と課題やリスク、昼夜の状況など
⑧　ＡＤＬと疾患
検討内容（ケアプラン原案作成のイメージ作り）
①　退院後の専門的なリハビリテーションの必要性
②　退院後の在宅生活の目標の検討と必要なサービス</td></tr>
<tr><td>留意事項</td><td colspan="2">在宅生活の目標の見立てを医療側の視点と在宅側の視点ですり合わせを行う</td></tr>
</table>

（２回目）

<table>
<tr><td>目的</td><td colspan="2">ケアプラン原案を基に、在宅生活の目標達成に向けて各職種が専門的な意見交換を行う</td></tr>
<tr><td>招集調整責任者</td><td colspan="2">医療ソーシャルワーカー（医療側スタッフの招集）・介護支援専門員（在宅側スタッフの招集と運営責任）</td></tr>
<tr><td>開催場所</td><td colspan="2">病院</td></tr>
<tr><td>参加者</td><td colspan="2">本人、家族、病院医師、医療ソーシャルワーカー、リハビリテーション担当スタッフ、看護師、在宅の医師、介護支援専門員等、通所リハビリテーション、訪問リハビリテーション、他のサービス事業所、など</td></tr>
<tr><td>実施時期</td><td colspan="2">退院１週間前頃</td></tr>
<tr><td rowspan="7">参加スタッフの役割</td><td>医療ソーシャルワーカー</td><td>入院中に得た情報の提供</td></tr>
<tr><td>リハビリテーション担当スタッフ</td><td>入院中のリハビリテーションの内容や装具作成の情報提供、今後のリハビリテーションの内容の提案</td></tr>
<tr><td>病院医師、看護師</td><td>健康状態の説明、退院後の生活について留意することの説明</td></tr>
<tr><td>在宅の医師</td><td>入院中の情報の確認、健康についてのアドバイス</td></tr>
<tr><td>介護支援専門員等</td><td>カンファレンスの進行、ケアプラン原案の内容について説明</td></tr>
<tr><td>通所リハビリ・訪問リハビリ</td><td>リハビリテーション実施計画書作成のための情報収集</td></tr>
<tr><td>サービス事業所</td><td>個別援助計画書作成のための情報収集</td></tr>
<tr><td>準備物品</td><td colspan="2">・ケアプラン原案（事前配布）　・リハビリテーションサマリー（事前配布）</td></tr>
<tr><td>検討内容</td><td colspan="2">確認事項
①　本人・家族の意向と試験外泊での様子　②ＡＤＬと疾患
③　急変時の対応方法　④装具や福祉用具作成
検討内容
①　事前に配布されているケアプラン原案
・在宅生活の目標の決定とその目標達成に向けてどのようなリハビリテーションやサポートが必要か
・セルフケアの内容
②　退院後の担当リハビリテーションスタッフの事後フォローの方法</td></tr>
<tr><td>留意事項</td><td colspan="2">事前に配布されたケアプラン原案内容の確認とカンファレンス当日の意見をまとめておく</td></tr>
</table>

③　モデル事業推進会議

　モデル事業を進める中核機関として、「推進会議」を設置し、月１回定例開催。

　各ワーキンググループの進捗状況の把握と検討課題、事業計画及び取組みの評価、事業終了後の方向性、その他医療・介護の連携における課題全般を検討する場と位置づける。

④　関係者向け研修等

・「機能的自立度評価法（ＦＩＭ)」研修会

医療スタッフと介護スタッフが利用者の日常生活状況を標準化された尺度を用いて共通認識を持ち、関係者間のスムーズな情報共有ができるように、利用者の実態に即した支援に役立てる。

・歯科・口腔ケア講習会

歯科・口腔関係者と介護支援専門員との連携体制を推進するに当たり、介護関係者が歯科・口腔に関する知識や口腔ケアの視点および意識を高める。

・居宅における服薬支援講習会

介護支援専門員が薬に関する知識や服薬支援の視点および意識を高める。

・医療情報キーワード集講習会

・モデル事業ワーキング伝達研修会

・デイサービス実地指導(技術指導)

☆関係者にとってこんな成果もありました☆

○医療スタッフと介護スタッフが意見交換する中で､視点や役割の違い等の相互理解が深まりました

○高齢者を包括的に支援するための支援目標や共通認識を持てるようになりました

○連携に必要な医療と介護の連携に関する知識や技術が向上しました

○医療と介護の連携において、「心理的な垣根」が低くなりました

◆新たな課題と今後の方向性

○完成した連携ツールや各種フローチャートの周知徹底と活用促進

○連携ツールやフローチャートの活用状況のモニタリングとバージョンアップ

○隣接する行政区域の「連携システム」との連携

○時代や制度変更に伴い、今後新たに発生する課題を検討・解決できる場づくり

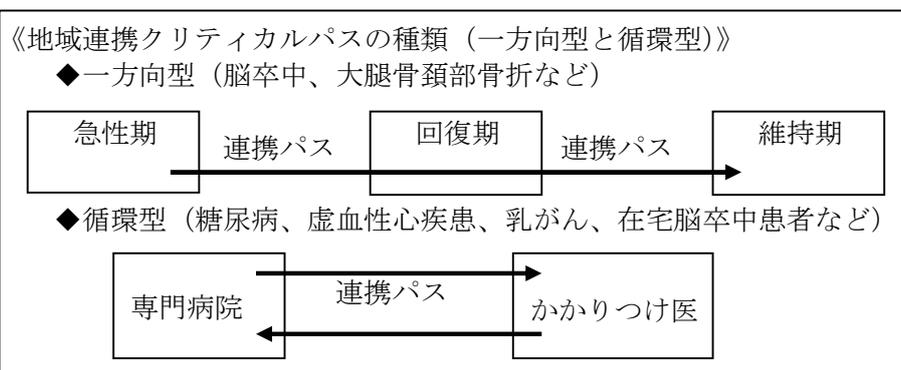
和泉市モデル事業では、平成２０年度にシンポジウムを開催し「課題の解決のためには全ての医療と介護の関係者が同じ土俵で顔を合わせて話し合えることが一番大切である」という合意形成がなされました。

モデル事業終了後は「和泉・医療と介護の連携協議会」を発足させ、行政機関は事務局として、運営主体は医師会・歯科医師会・薬剤師会・介護支援専門員協会・訪問看護ステーション連絡会等が担っていく予定です。

《地域連携クリティカルパス》

患者情報共有のためのツールとして「地域連携クリティカルパス」の導入がすすめられています。

地域連携クリティカルパスとは、疾病別に疾病の発症から診断、治療、リハビリテーションに至るまで、診療ガイドライン等に基づく診療内容や達成目標（最終ゴール）等を診療計画として明示する、一連の地域診療計画です。

診療にあたる複数の医療機関の役割分担を含め、あらかじめ診療内容を患者に提示・説明することにより、患者が診療内容を事前に理解して、安心して医療を受けることができるようになります。すなわち、切れ目のない（シームレスな）医療連携における重要ツールとして位置付けられています。

◆　脳卒中モデルにおける地域連携クリティカルパス導入促進の効果

（府保健所からの聞き取りを中心に整理）

〈病院連携〉

中・南河内、泉州圏域においては地域連携クリティカルパス導入・促進の方針後、病院間連携が更に進行

○20 年度の地域リハビリテーション推進事業での取組、地域連携クリティカルパス導入促進による変化

＊地域連携クリティカルパスが保険点数化したことで、連携会議等に新規に加入する医療機関が増加した。
保険点数がとれなくても、圏域全体で地域連携クリティカルパスを活用していく共通認識が図られた圏域もあり、ネットワークの強化につながっている。

＊症例検討会を通じ、悪化した時に、どこにつなぐとどのような治療や医療ケア（リハビリテーションも含め）が受けられるのか、具体的にイメージしやすくなった。

＊症例検討会を通じ、急性期病院医師が回復期病院転院後のリハビリテーションの効果（回復期の力）を実際に知ることができ、連携の必要性を再認識している。

＊患者の流れの把握が可能となった。

＊回復期病院は、急性期病院から必要な情報が取れるようになり、回復期病院転院後に急性期病院に問い合わせることが減少した。

○その他、以下のような取組みも始まっています。

＊患者の転院基準の設定（明確化）

＊各機関の役割の整理

＊地域連携クリティカルパス以外でも患者情報の伝達のためのツールの開発、共有方法のシステム化を検討

ここでは医療関係職種と介護関係職種での用語の意味の違いについてまとめてみました。

他の職種の方とのやりとりで、“あれ？？？”と思ったことはありませんか？

そもそも「医療」は治療すること、病気を治すことが本来の目的であり、その結果医療では生活する上でのハードルをなくすことを重視するのに対し、「介護」ではハードルを前提にそれを回避する道を探るともいわれています。すなわち介護は本人の生活を支えるということを目的に行われているという違いがあります。

各々の立場の違いから、同じ言語でも、医療関係職種と介護関係職種ではその単語の意味が違う場合があります。

〈医療職と介護職または職種によって意味が違う場合がある単語の例〉

- 「重度」
  医療側では、「病気の程度が重い（病気の状態が悪い)」という意味で使われ、介護側では、「介護の負担が大きい（手間がかかる)」という意味で使われることがあります。

- 「ＡＤＬ」
  医療側では、「身体的にできる機能」という意味で使われ、介護側では、「日常の中でしている機能」という広い意味で使われることがあります。

- 「リハビリテーション」
  本来は、「本来あるべき状態への回復・権利の回復」や「障がいをもつ人が生活できる手段を得るためのアプローチ」という広い意味を持っていますが、ときに、「機能訓練」や「病院やリハビリテーションにたずさわる専門職など、特別な場所で特別な人によって行われるもの」という狭い意味で使われることがあります。

- 「自立」
  「自分で意思決定ができる」という意味で使われることがありますが、「日常生活で必要な行動が一人でできること」という意味で使われることもあります。

- 「(ターミナルにおける）緊急」
  医療側では、臨終期自体ではなく、臨終期の中でも「想定外の病状の変化」の場合に使い、介護側では、臨終期自体を緊急ととらえて使われることがあります。

医療側が日常的に使っている「ENT＝退院」という言葉も、介護支援専門員の中には“医療用語？” “わからない”、と思ってしまう場合があります。このような『言葉の壁』が介護側が医療側に対し垣根を感じる原因の一つにもなっています。

医療側と介護側それぞれが、互いの専門性を理解し、相手がどのように理解しているかを確認しながら、コミュニケーションを図ることが大切です。

Ｖ．連携の具体的方法

ここからは、連携の具体的な方法について記述します。

１．病院内における在宅まで見通した支援

まず、病院内における退院後の在宅生活までを視野に入れた支援について考えてみましょう。すべての個別ケースにおいて、入院早期から退院後の在宅生活を見通した退院支援が必要となる点に注意してください。ご本人や家族が考える在宅生活の不安を取り除くため、具体的な支援の説明が求められます。また、医療と介護の連携においては、患者・利用者の情報を一方的に発信するのではなく、情報の受け手が期待すべき行動を明確にし、そのために必要な情報を提供することで、病院から在宅へのスムーズな移行、在宅生活における機能維持のための実践的な連携が図られると考えられます。ご本人や家族のリハビリテーションに対するニーズや期待度に対する適切な説明がないと、意欲をなくしたうつ状態や、過剰な効果への期待がもたらされます。入院早期から予後予測を行うことは難しいことを説明し、回復の程度に応じた適切な説明とリハビリテーションへの励ましを行う必要があります。

以下に病院内における在宅まで見通した支援の実際について、まとめてみました。

脳卒中モデルの場合、急性期病院→回復期病院→在宅・施設等という場合と、急性期病院→在宅・施設等の場合があります。

病院内における在宅まで見通した支援の実際(例)

	《退院を見通した支援の３つの段階》	《支援の目的》	《支援内容》	《在宅関係者への連絡》
入院	①退院支援が必要な患者であるかを予測・判断 (身体機能の低下、家族の介護力、　在宅医療管理の必要性、介護サービス利用状況等)	・在宅での支援が必要なケースを在宅関係者へ早期につなぐ	・入院時面接 ・入院時ケースカンファレンス	・介護支援専門員への連絡
↓	②継続アセスメント、カンファレンスの開催 (主治医・リハビリテーション担当者、看護師、医療ソーシャルワーカー、本人・家族等) ・退院後も継続する医療管理 ・医療処置の把握 ・必要な介護の検討 ・住宅改造の必要性の検討 支援計画の作成	・退院後の状態・生活のイメージを患者・家族、医療関係者・在宅関係者が共有する ・本人・家族の在宅生活に対する不安を軽減させる（在宅生活は無理と考えていた本人・家族に在宅療養の可能性と選択が広がる） ・退院と同時に必要な介護サービスが開始できる体制を準備する	・医療処置、介護方法の指導、実施状況の確認 ・自宅への訪問（療養環境の把握、介護者の状態の確認等） ・外泊により、在宅生活を送る上で予想される課題の確認	・介護支援専門員、介護保険窓口担当者、在宅サービス事業者、在宅主治医への連絡
退院	③退院前カンファレンスの開催 退院後のサービス調整 ケアマネジメント	・退院に向けた具体的準備を行う	・退院調整（関係者への連絡） ・本人家族からの相談への対応 ・注意事項、医療処置の再説明、指導等	・介護支援専門員、介護保険窓口担当者、在宅サービス事業者、在宅主治医　等

参考：「チームで行う退院支援　入院から在宅までの医療ケア・連携ガイド」（中央法規）

２．的確な情報収集と確実な情報伝達のための工夫

次に、医療と介護（病院と在宅関係者）の連携を確実なものにするためには、的確な情報収集と確実な情報伝達が必要です。

連携をとる代表者として、医療側は、主治医・リハビリテーション担当者や医療ソーシャルワーカー、介護側は、在宅主治医・介護支援専門員・地域包括支援センター・市町村担当課等があげられます。

また、「連携」には、平時から定期的に作っていくべき関係者の連携と、個別ケースの中で結ぶべき連携がある点にも注意しましょう。

的確な情報収集と確実な情報伝達の具体的方法として、以下のものがあります。

連携を成り立たせる土台として、定期的に必要なもの

○医療･介護の連携を支えるシステム会議

平時から、協力者（参画者）の拡大やネットワーク内でのルールの決定、各機関や職種の役割の整理と共有が必要です。

また、情報伝達のためのツールやシステムを検証する場が継続的・定期的に必要であり、活用できる資源として、以下のものがあります。

- ➢ 病院間ネットワーク会議（病院連絡会議等）
- ➢ 専門職連携会議
- ➢ 地域ケア会議（地域関係機関会議）
- ➢ 地域包括支援センター運営会議　等

このシステム会議は、医療・介護連携の土台となるものであり、多くの市町村・関係者間で何らかの形で開催されていますが、実効性の伴うものであることが重要です。

○関係者の技術の向上、普及、均質化を図るための取組み

多機関・多職種が関わるため、関わるものの一定レベルの質の保証も必要です。支援の質を保つためには、平時から下記の取組みが必要です。

- ➢ 地域リハビリテーション地域支援センター職員によるリハビリテーションに関する実技指導
- ➢ 研修・事例検討　等

連携のためのツールやシステムが継続的に活用されるためには、関係機関・職種への周知徹底を図ることが必要です。その方法として、関係機関が合同で行う、連携ツールの活用に関する研修や事例を通して連携のあり方に関する検証等が必要です。

また、関係機関による連携ツールの活用状況の定期的評価や、十分に活用されていない時はその原因の改善、新たな課題に対する取組方法検討の場の確保等が必要です。関係機関のなかで連携における意見の取りまとめ役の決定、定期的検討をいつどのように行うか（どのような場で行っていくか)、予め決定しておくことが、連携を維持、発展させていくために重要です。

情報伝達・共有のために必要なもの

○情報伝達システムの構築

入院中から医療情報を在宅関係者へ適切な時期に確実につないだり､在宅から入院になった時に在宅の情報を医療につなげるためには､情報伝達方法のシステムの確立と関係者への周知が必要です。

情報伝達のためのシステム例として、以下のものがあります。

- ➢ 入退院時における医療側と介護側の連携フロー図
- ➢ 回復期リハビリテーションと在宅リハビリテーションを連動させるためのフロー図
- ➢ 在宅において機能低下時にリハビリテーション医療の介入を行うためのフロー図　等

○患者情報共有のための連携シート

入院早期から介護支援専門員につないだり、在宅高齢者が入院したときに、在宅生活状況を医療関係者に伝えることで、在宅生活を予測した支援が行えます。

また、在宅生活を送る上でも、病状の確認や日常生活上の注意点等について、かかりつけ医への確認や日常生活状況の報告などを適宜行うことで、よりよい在宅支援が可能になります。

医療側と介護側の関係者をつなぐツールとして、連携シートの活用が有効です。また、在宅生活において、医療の情報はもちろんリハビリテーションの情報も共有することで、医療から介護まで一貫したサービスの提供が可能となります。

患者情報共有のためのツールの例として、以下のものがあります。

- ➢ 介護支援専門員と医療機関等とが情報を共有するためのシート
- ➢ 入院中のリハビリテーション情報を在宅関係者に伝達するためのシート
- ➢ 介護支援専門員が薬剤に関する課題の整理と薬剤師への情報伝達のためのツール
- ➢ 地域連携クリティカルパス 等

○医療情報の共通理解のためのツール

在宅支援の場面では、介護・福祉・医療の各領域にまたがっているため、医療機関の中で存在するような医学用語を核とした共通言語が存在せず、また、福祉系の介護支援専門員が増え、介護支援専門員が用いる用語には、医療機関ではあまり使われないものも多いです。

医療と介護という、別分野の職種が共通認識のもとでの支援を可能にし、また、医療情報に基づくケアプランの作成、療養支援を行うためには、介護関係者も医療情報の理解が必要です。

介護関係者が生活機能を評価する手法（ツール）として、いくつかの指標が活用されています。

- ➢ 在宅での生活機能評価手法：機能的自立度評価指標法（ＦＩM）
  ＦＩM短縮版（miniＦＩM）・ＢＩ（バーセル指数）
  等

個別ケースの支援として必要なもの

個別ケースの支援における連携例として、病院とかかりつけ医間、病院と介護支援専門員間（場合により地域包括支援センター）、かかりつけ医と介護支援専門員間（場合により地域包括支援センター）、病院と施設・療養病床、介護支援専門員とサービス提供事業所等があります。

多機関・多職種が関わるため、個別ケースの支援を検討するときには、それぞれの関係者間の機能・役割分担と協働（オーバーラップ）する部分との明確化や責任者の明確化が必要です。

○個別ケースの支援内容の検討・評価

情報の共有をはかり、必要な支援の検討や支援内容の評価を行うことは定期的に必要であり、そのための手段として以下のものがあります。

- ➢ 地域連携カンファレンス（入院中に在宅関係者を含めて開催されるカンファレンス）
  地域連携カンファレンス用事前情報提供シート
  地域連携カンファレンス手順
- ➢ サービス担当者会議
- ➢ 事例検討会 等

コラム

連携を効率的に進めるための手段として、以下のことを進めることも重要です。

- ➢情報の電子ネットワーク化による患者基本情報の統合的な管理
- ➢事務効率化、情報伝達の迅速化、正確化、関係者間での情報の共有化

介護支援専門員と病院関係者が、患者さんが入院中にすべきことをチェックリストにまとめてみましたので、確認ください。

♪入院中からの支援に関するチェックリスト（病院関係者用）

個別ケースの支援	介護保険の申請の有無や担当介護支援専門員の確認を行っていますか。	
	入院早期に担当介護支援専門員または地域包括支援センターに連絡していますか。	
	入院前の生活状況や支援状況等の情報を担当介護支援専門員から得ていますか。	
	入院時のケースカンファレンスは開催していますか。	
	地域連携の担当者には、患者入院後早期に連絡していますか。	
	本人・家族に対し介護保険制度や在宅生活復帰後の支援について説明をしていますか。	
	自宅への訪問や外泊などにより、退院後予想される課題の確認と対応を検討していますか。	
	適切な時期に介護保険窓口担当者・介護支援専門員・在宅サービス事業者等の必要なところに連絡していますか。	
	退院前に地域連携カンファレンスや退院調整は行っていますか。	
	介護支援専門員が医療情報・リハビリテーションに関する情報を活用してケアプランが作成できるように、必要な医療情報等を情報提供していますか。	
	介護支援専門員がたてたケアプランについて、意見交換を行っていますか。	
病院の体制	地域との連携に関する病院側の窓口・担当者を決めていますか。	

♪入院中からの支援に関するチェックリスト（介護支援専門員用）

入院中の個別支援について	支援している方が入院した場合、早期に主治医に連絡していますか。	
	入院前の生活状況や支援状況等の情報を病院に伝えていますか。	
	治療計画・在宅復帰の目安等について、確認していますか。	
	定期的に病院担当者と、在宅復帰にむけた情報交換や準備を行っていますか。	
	地域連携カンファレンスの開催を病院に依頼していますか。	
	地域連携カンファレンスに出席し、退院後のケアプランについての意見交換を行っていますか。	
	退院後必要なサービスについて、関係機関への連絡・調整は退院前に行っていますか。	
	在宅かかりつけ医への連絡・自己紹介は退院後早期（必要時は退院前）に行っていますか。	
退院後の個別支援について	定期的にかかりつけ医に病状や日常生活上の注意点等についての確認を行っていますか。	
	サービス調整会議等において、たてたケアプランの検討や各機関の支援内容についての意見交換を行っていますか。	
連携体制について	病院側の連絡窓口や連絡方法について、確認していますか。	

介護支援専門員と主治医の連携のポイント

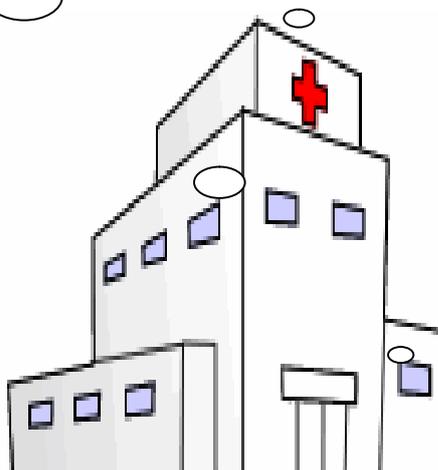
診察時間や休診日を確認し、忙しい時間帯は避けましょう

主治医も介護支援専門員との連携を望んでいます。勇気を持って連絡してみましょう

まずは電話で相手の都合を確認しましょう

病院主治医に連絡するときには、窓口や連絡方法を確認しましょう

自分が担当の介護支援専門員ということを伝えましょう（介護支援専門員の役割も伝えましょう）

長時間にわたる相談になりそうな時には、予め相談の予約をしましょう

何故主治医と連携を取りたいのか（目的）を伝えましょう

知りたいこと、聞きたいことは整理して、簡潔明瞭に伝えましょう

たてたケアプランについて、主治医の意見もきいてみましょう

サービス調整会議や事例検討会への参加を声かけてみましょう

主治医連絡後、得た情報をどう活用したか、結果がどうであったか、主治医にフィードバックすることを心がけましょう

Ⅵ. 医療介護連携を成り立たせるための各機関の役割

医療と介護の連携を成り立たせるためには、各機関の機能・役割を整理し、多職種が共通認識のもとでとりくむことが必要です。

ここでは、連携を組むことが望まれる関係機関・関係職種に望まれる役割について整理します。

1．急性期病院・回復期病院および地域リハビリテーション地域支援センター

ここでは、主に患者の送り手である急性期病院の役割と、受け手側であり、送り手でもある回復期病院の役割、さらに、その中での地域リハビリテーション地域支援センターの役割について記述します。

《急性期病院の役割》

急性期病院においては、急性期治療と同時にリハビリテーションを開始します。合併症の予防、廃用症候群の予防等の治療後の障害を最小限にするためのリハビリテーションが中心ですが、その際、在宅も視野に入れた支援が必要であり、具体的には以下の役割を担っています。

- 可能な範囲での回復期リハビリテーション病棟への転棟・転院時期の設定
- 早期離床によるＡＤＬの早期確立
- 在宅での支援の必要性や必要なサービスの検討
- 介護支援専門員等の関係者への連絡
- 回復期病院・在宅まで一貫下リハビリテーションが提供されるための情報の伝達
- 関係者でのカンファレンスの開催

入院早期のリハビリテーション介入、在宅を視野に入れた支援は、現状では十分とはいえず、今後の改善が望まれます。

《回復期病院の役割》

急性期病院からの転院後、ＡＤＬの向上・在宅復帰を目指して、短期間に多職種による集中的リハビリテーションが実施されます。

（急性期病院からの受け手側としての役割）

- 在宅見通しと、医療的リハビリテーションのゴールの設定
- 急性期病院からの患者に関する情報の収集
- 急性期病院から一貫した治療、リハビリテーションの継続

（在宅への送り手としての役割）

- 在宅での支援の必要性や必要なサービスの検討
- 介護支援専門員等の在宅関係者への情報提供
- 地域連携カンファレンスの開催

《回復期病院リハビリテーション担当者の役割》

回復期リハビリテーションでは、医師・看護師の他、理学療法士・作業療法士・言語聴覚士など複数の担当者が関わることが多いため、多職種が統一した方針で関わることが大切です。

通常、これらの職種は各々の専門性を発揮しながら系統的に集中的リハビリテーション医療を行い、発症後概ね２か月を過ぎたころから障がいの程度に応じて、在宅復帰に向けた生活リハビリテーションの準備と支援が始まります。

回復期リハビリテーションが終了すると医療的リハビリテーションの比重が低下し、生活機能維持のためのリハビリテーション（維持期リハビリテーション）に移行しますが、維持期においては、通所リハビリテーション・訪問リハビリテーション・短期入所等にといった在宅サービスのほか老人福祉施設・老人保健施設等での入所によるリハビリテーションが行われます。

（回復期病棟･病院リハビリテーション担当者の回復期～維持期の連携に関する役割）

急性期から維持期まで、一貫したリハビリテーションを行うためには、リハビリテーション医療の情報を維持期関係者へつなぐことが重要です。

回復期病棟・病院リハビリテーション担当者は以下の役割を担っています。

・ 退院前カンファレンスの開催による情報交換
・ 介護支援専門員へのリハビリテーション情報の提供
・ ケアプランの検討・助言
・ 本人の身体機能の評価と精神的特性､自立への考え方等の個人情報を基に在宅生活において予想される課題、日常生活上の注意点を維持期関係者へ報告
・ 生活リハビリテーションの視点からの助言（日常生活動作の工夫等）
・ 住宅環境に関する情報の収集（可能であれば実際に本人宅に出向き、本人の動作の確認と注意点を本人・介護支援関係者へ伝える）
・ 介護支援専門員等からの相談への対応

現状においては､回復期病院から在宅関係者へ、残念ながらリハビリテーションに関するこれらの情報が十分伝わらず､在宅でのケアプランにリハビリテーションの視点が十分には反映されているとはいえません｡このために在宅生活の中でのリハビリテーションの視点が不足した結果、身体機能の低下、生活機能の低下がおきるケースが生じています。

回復期リハビリテーションに関する情報を在宅につなげるためには､退院にむけたカンファレンスの開催が有効です。退院前カンファレンスは、リハビリテーション担当医、リハビリテーション担当スタッフと介護支援専門員の他、本人･家族がそろっている状況で開催することが望ましく、本人・家族の希望を十分組み入れた上で、医療・リハビリテーション情報を入れたケアプランの作成が可能となるための情報提供と協力が望まれます。

《地域リハビリテーション地域支援センターの役割》

大阪府においては、総合的な地域リハビリテーションサービスの提供を目的に、専門的なリハビリテーション医療を提供する回復期病院を、２次医療圏ごとに１か所『地域リハビリテーション地域支援センター』として指定しています。

この地域リハビリテーション地域支援センターが中心となり、各２次医療圏内に急性期･回復期病院等による病院間ネットワークが構築されています。

地域リハビリテーション地域支援センターは病院間ネットワークの運営管理や維持･発展のための役割を担っています。また、このほか以下の機能・役割を担っています。

（急性期病院と回復期病院とのネットワークにおける地域リハビリテーション地域支援センターの役割）

・ 急性期病院から回復期病院への円滑な受入が進むように、空床情報や地域連携クリティカルパスなどのツールの導入の提案
・ 急性期病院からの相談窓口
・ ネットワーク医療機関間の調整、（必要時）病院間連絡会議等の開催
・ 空床情報共有システムの管理
・ 地域支援センターホームページの運営管理
・ リハビリテーションにおけるＰＤＣＡサイクル確立（症例検討実施等）

（回復期と維持期の連携･維持期の体制整備における地域リハビリテーション地域支援センターの役割）

・ 回復期病院と在宅関係者との連携体制の構築のための市町村･地域包括支援センターへの協力
・ 地域連携クリティカルパスの維持期での活用方法を回復期病院､維持期関係者とともに検討
・ 回復期病院と地域開業医との連携強化のための働きかけを保健所とともに行う

- 在宅療養者に対するフォローアップ体制構築（ＡＤＬ低下が見られた者の立て直し）を維持期関係者とともに行う
- リハビリテーション実施機関への支援（スーパービジョン等）
- リハビリテーション技術の普及（研修、専門家派遣、プログラム開発等）
- 市町村が行う事例検討会等での助言
- 維持期関係機関からの相談窓口（地域医師会、市町村、地域包括支援センター等）

《地域リハビリテーション協力機関の役割》

地域リハビリテーション協力機関（病院）は、地域リハビリテーション地域支援センターと連携しながら、圏域で総合的な介護予防・地域リハビリテーションサービスが提供されるように取り組んでいく役割を担っています。

地域リハビリテーション地域支援センターは２次医療圏に１か所のため、各市町村の取組すべてに関与することは難しく、また、各市町村においては、その市町村域にある地域リハビリテーション協力機関（病院）と地域包括支援センターと協力しながら体制の整備を進めることが望まれます。

２．医療ソーシャルワーカー（ＭＳＷ）

医療ソーシャルワーカーは、病院間連携や在宅関係者との連携における病院側窓口として、院内の連絡調整役を担っています。病院によっては、「地域連携室」などが置かれている場合もあります。

「厚生労働省医療ソーシャルワーカー相談指針（平成１４年度）」によれば、医療ソーシャルワーカーは受診・受療に関する患者の相談に応じ、援助するだけでなく、経済的な相談援助や退院にむけた援助、社会資源の紹介、なども担っています。

急性期病院・回復期病院の連携、回復期病院と介護関係者の連携がスムーズにいくためには、病院側の連携の窓口（地域連携室等）の明確化が重要であり、病院側の連携担当者として、医療ソーシャルワーカーの担う役割は大きいといえます。

《急性期病院における医療ソーシャルワーカーの役割》

急性期病院においては、在院日数が短く（平均１４日～１５日）、患者･家族の気持ちが整理できないまま退院する傾向がありますので、ここでは医療ソーシャルワーカーは以下の役割を担っています。

- 患者･家族がおかれた状況の整理
- 患者･家族の思いと病棟・主治医の方針との間の温度差の確認・修正
- 患者･家族への社会資源の紹介
- 担当介護支援専門員に早期に連絡
  介護支援専門員と本人･家族の面談、主治医との照会や面談の機会の設定
- （急性期病院から直接在宅復帰する場合）退院前カンファレンスやサービス担当者会議の開催、「介護保険主治医意見書」の作成依頼等

《回復期病棟・病院における医療ソーシャルワーカーの役割》

回復期病棟・病院は寝たきり防止・ＡＤＬ向上と家庭復帰を目的として、集中的にリハビリを行う病棟･病院であり、入院時から退院時までチームの一員として医療ソーシャルワーカーが参加できる状況です。

回復期病棟・病院における医療ソーシャルワーカーは以下の役割を担っています。

- 急性期病院やかかりつけ医との連携の窓口
- 入院時面接にて介護保険等の福祉サービスの利用状況の確認、在宅生活に向けての問題点･課題の検討
- 院内カンファレンスに参加し、患者･家族の意向や希望、在宅復帰のための住環境や家族環境等の情報を医師、看護師、リハビリテーション担当者へ提供
- 患者・家族の心理・社会的側面の相談援助（患者・家族の在宅生活への不安の軽減）

- 認定調査や退院前訪問指導に同席
- 「介護保険主治医意見書」の作成依頼等
- 地域連携カンファレンスの開催（退院後のスムーズなサービスの導入を図る、在宅ケアサービス提供機関との連携）

《維持期の入院・入所施設における医療ソーシャルワーカーの役割》

維持期において、入院・入所施設を利用している方は、医療への依存度が高い傾向があります。入院・入所後早期から在宅復帰に向け、医師や看護師、地域の医療機関、介護関係者と連携をとりながら退院に向けた準備を行い、在宅復帰後すぐに在宅福祉サービスにつなげていく役割があります。

維持期の入院・入所施設における医療ソーシャルワーカーの役割は、上記の「回復期病棟・病院における役割」と同様ですが、その中でも、特に以下の役割が大きいです。

- 院内・施設内カンファレンスへの参加
  住環境や家族環境、患者･家族の意向や希望を報告、在宅復帰のための条件を医師、看護師、リハビリテーション担当者へ情報提供、在宅関係者への必要な情報提供内容の確認
- 患者・家族の心理・社会的側面の相談援助
- 認定調査への同席、退院前訪問指導に同席
- 在宅介護支援専門員や在宅ケアサービス提供機関との連携、退院に向けた準備
- 在宅や施設での生活が限界となりそうな時の対応、相談窓口、医療機関への紹介

３．かかりつけ医

かかりつけ医は、在宅生活に復帰した患者に治療を継続し、再発予防、危険因子の管理等を行います。在宅生活を送る高齢者にとって最も身近な、病状や身体状況の変化をいち早く発見できる存在ですので、介護支援専門員と共に維持期におけるキーパーソンといえます。

しかし、かかりつけ医の多くはリハビリテーションについては専門外ですので、他の関係職種との連携が必要となりますが、今のところ十分に機能できていないのが現状です。

かかりつけ医は、患者の身体機能が低下した時は必要に応じて専門医、専門医療機関等へ紹介を行うほか、ケースカンファレンスへの出席など、日頃から介護(福祉)関係機関も含めた連携ネットワークの一翼を担っていくことが必要となります。

かかりつけ医の役割として、以下があります。

- 疾患の悪化予防と再発予防のための管理
- 在宅生活において、生活機能の低下の早期把握と改善を助言する
- 生活機能の低下時にその原因の診断を行い、必要時に専門医・専門医療機関、関係機関の紹介を行う
- 主治医意見書の作成と必要なリハビリテーション等のサービスの指示
- 訪問看護指示書の作成、訪問看護との連携、
- 介護支援専門員等への在宅生活上の留意事項等の助言･指導
- 介護支援専門員がたてたケアプランへの助言
- 介護関係者からの相談への対応
- 必要なサービスが実施されるように、サービス担当者会議やケースカンファレンスへ参加、または意見を反映させる

○かかりつけ医と介護関係職種との連携について

脳卒中患者の場合、高血圧症、心疾患、糖尿病など生活習慣病を合併している場合も多く、合併症の管理が脳卒中の予後を決定するといっても過言ではありません。たとえ合併症がなくても、脳卒中の再発防止のためには、医療による病状管理、医療上の制約の中での介護を行うことが必要です。

このため、介護関係職種が医療的管理の視点を持って本人に接することが求められ、状態変化

の早期発見、日常生活上の病状の悪化予防のための働きかけ、身体機能を高める働きかけという点で重要です。
　しかし、介護・福祉系の専門職はリハビリテーションの視点が弱いという現状もあります。在宅関係職種が医療の視点をいれた支援を行うためには、かかりつけ医と患者情報共有を図る方法（ツール）を活用することが不可欠です。介護支援専門員による医療情報を取り入れたケアプランの作成が可能となるような支援が、かかりつけ医には望まれます。
　また、在宅生活の療養管理を行ううえで訪問看護ステーションとの連携も重要です。訪問看護ステーションは主治医の指示のもとで本人支援にあたりますが、訪問看護からの結果報告も定期的に主治医に行われるため、訪問看護と連携することで、かかりつけ医は患者に関する病状や身体機能に関する情報をより的確に把握することが可能となります。
　さらに、在宅生活において、病状悪化や身体機能の低下がみられた時には、医療支援による立て直しが必要か否かの見極め・判断や、適切な専門機関への紹介を行うのはかかりつけ医の重要な役割です。

　今、リハビリテーション支援が必要な高齢者について、単に患部を治療をするだけでなく、トータルに支えるグローバルリハビリテーションが求められる時代になりました。それには、関係する多職種と具体的な連携を行い、協働していくことが必要です。本手引き書に記載している連携シート（例：Ｐ４５、４８、５１）を必要に応じサービス担当者会議などで活用してみましょう。

４．介護支援専門員（ＣＭ）

　介護支援専門員は、要援護者（要介護者・要支援者）やその家族からの相談に応じ、要援護者の心身の状況に応じた適切な介護保険サービスが利用できるよう、ケアプランを作成し、市町村やサービス事業所との連絡調整を行っています。すなわち、医療・介護連携における介護側の窓口であるとともに、維持期において、かかりつけ医とともに利用者へのリハビリテーションサービスが適切に行われるように管理する役割を担っています。
　具体的には、以下の役割を担っています。

- 介護サービス利用者が入院時に、在宅での状況等を主治医・リハビリテーション担当者等に情報提供
- 入院中からの主治医･リハビリテーション担当者との連携
- 在宅支援に必要な医療情報・リハビリテーション情報の把握とケアプランへの活用
- 要援護者の生活機能の評価
- 生活機能低下時に主治医・リハビリテーション担当者への情報提供、必要なサービスの再検討

　介護支援専門員がケアプランを作成する時に、在宅高齢者の病状悪化予防・生活機能低下予防のためには、医療情報・リハビリテーションの視点を取り入れることが重要です。
　しかしながら、近年福祉系のバックグランドを持った介護支援専門員が増加し、リハビリテーションや医療の視点が弱まっているのではないかと指摘されることがありますので、注意が必要です。
　また、介護支援専門員は、利用者のニーズと生活機能の変化を継続的に把握し、リハビリテーションの実施状況やケア内容の定期的再評価と改善のための修正を図ることが必要です。
　在宅生活者の多くは、数種類の疾患を有し、継続的治療（療養管理）が必要です。医療職とも連携しながら、療養管理が適切に行われることで疾病の悪化防止、合併症予防が可能となり、自立したＡＤＬが保障されることによって介護予防が達成されます。医療情報を活用したケアプランを作成し、在宅で関わる多職種が医療の視点からの本人支援が可能となるように、主治医との連携が重要です。
　ケアプランに医療情報を活用するためには、入院中からの支援の開始、主治医からの療養生活上の注意点に関する情報収集、リハビリテーション担当者から身体機能に関する情報の収集と日常生活上の注意事項の確認、介護支援専門員から主治医への在宅に関する情報の提供、サービス調整会議等での検討などが必要です。

５.地域包括支援センター

地域包括支援センターは、利用者が介護保険をはじめ、地域にある様々な社会資源を利用できるよう、利用者等が相談できる身近な拠点です。

地域包括支援センターでは、保健師・社会福祉士・主任介護支援専門員の３職種が情報を共有し、介護予防プランの作成のほか、関係機関との連携、地域住民の見守りネットワーク体制の構築など、地域と介護関係職種・関係機関の包括的なネットワーク構築を行います。

そのほか、権利擁護に関する事務（成年後見制度の紹介、虐待の相談等）等も行っています。

《医療と介護の連携における役割》

地域包括支援センターは、特に医療と介護の連携においては、高齢者のほとんどが医療やリハビリテーションを要するとの視点が必要なので、福祉関係職種のみならず、かかりつけ医・回復期病院の主治医やリハビリテーション担当医、リハビリテーション担当者との連携体制を整えていく役割や、介護に関する情報を医療機関側に提供する役割を担っています。

連携における役割の具体例として、以下の点が挙げられます。

- 病院と介護　（入退院時のスムーズな連携体制の構築）
（病院主治医と介護支援専門員との連携の構築）
（在宅サービス提供機関へつなげる）
（支援困難なケースの退院時フォロー体制）
- 在宅医療と介護　（医師・歯科医師・薬剤師と介護関係職種との連携の構築）
（介護支援専門員の質の向上）
- 介護支援専門員の支援　（介護保険・介護保険外の情報提供）
（介護支援専門員間の連携の構築）
（介護支援専門員が抱える支援困難ケースへの助言・支援）
（介護支援専門員の質の向上を目的とした研修会の開催）
- 地域の包括的なネットワークの構築
（支援を必要とする高齢者の早期発見のための地域づくり）
（医療と地域と介護との包括的なネットワークの構築）
（地域の課題把握、必要な社会資源の開発・仕組みづくり）

地域包括支援センターは、介護や医療に関する不明点や疑問点に関する身近な相談窓口でもあります。市町村担当課や地域リハビリテーション地域支援センター等との連携のもと、在宅関係者間のネットワーク作り、包括ケア体制の構築という役割を担っています。

関係者間のネットワークを構築するための具体的方法として、地域包括支援センター連絡会議、専門職連絡会議、地域ケア会議等を活用し、連携強化を図っています。

そして、こうした平時における体制整備のみならず、利用者・当事者からの相談に応じ、適切な助言・支援を行います。

さらに、各種対応マニュアルや事例集の作成、運用したマニュアルの定期的評価を行うことで、介護支援専門員一人ひとりの経験や力量に左右されない、組織としての対応が可能となります。これにより、介護支援専門員全体の質の向上にもつながることから、今後は対応マニュアルの作成等についての取組みも望まれます。

６．居宅介護サービス事業所

在宅で利用できる介護サービスの内容として以下のものがあります。

《居宅介護サービスの種類》

- 訪問介護（ホームヘルプ）
- 通所介護(デイサービス)
- 訪問入浴介護
- 訪問看護
- 訪問リハビリテーション
- 通所リハビリテーション(デイケア)
- 居宅療養管理指導
- 短期入所介護（ショートスティ）
- 短期入所療養介護（医療施設のショートスティ）

居宅介護サービス事業所は、入浴、食事などのサービスの提供やＡＤＬ訓練、レクリエーションなどを通した機能訓練を行い、利用者の日常生活の自立とＱＯＬの向上に向けた支援を行います。

本人ができないことを単に補うのではなく、本人の持っている潜在能力を引き出しながら、介助の方法や日常動作に関する工夫をすることで、本人が‘できる’ことを増やしていく支援が望まれます。そのためには、本人の疾病に関する知識や療養上の注意点を把握しておくことが必要です。

サービス担当者会議を通じ、必要に応じてリハビリテーション専門職等の指示・指導を受け、本人の事故防止と残存機能を最大限活用するリハビリテーションの視点に立った支援を行うことが、本人の療養管理の視点からも重要です。

居宅介護サービスを利用することは、本人・家族のひきこもり・社会的孤立の解消、心身機能の維持、家族の介護負担の軽減を図ることにもつながります。本人･家族のニーズにあった適切な支援を行うためには、医療情報の把握と理解が必要であり、そのためには介護支援専門員や主治医等との連携が必要です。

居宅介護サービスの中でも機能訓練を担うのは、通所・入所によるリハビリテーションと訪問リハビリテーションを中心とした、維持期リハビリテーションにおける理学療法士・作業療法士・言語聴覚士等の専門職です。

維持期のリハビリテーションは、利用者が可能な限り居宅において、能力に応じた日常生活を営むことができるよう、心身機能の維持、回復を図ることを目的としています。本人のニーズにあったリハビリテーションを実施するためには、リハビリテーション計画をたて、関係者との情報交換や在宅での生活状況等についてのモニタリングを行い、必要なリハビリテーションと行われているリハビリテーションとの間のギャップをうめることが必要です。

○通所・入所によるリハビリテーション

介護老人保健施設は、医療的な管理のもと、看護･機能訓練・日常生活上の世話および機能訓練などのサービスをうける、医療機関と在宅をつなぐことを目的とした中間施設です。入所のほか、通所リハビリテーション（デイケア）、短期入所療養介護（ショートステイ）による機能訓練を行っている場合も多くあります。

介護老人福祉施設は、自分の家で暮らすことができなくなった要介護高齢者が生活の場所として利用する施設です。

介護老人福祉施設におけるリハビリテーションの位置付けは明確ではありませんが、介護保険での人員配置は、「機能訓練指導員」として、理学療法士･作業療法士・言語聴覚士・看護師・准看護師・柔道整復師・あんまマッサージ師の誰かが、入所者１００人に対し１人配置されることになっています。介護老人福祉施設は入所のほか、通所介護（デイサービス）、短期入所生活介護（ショートスティ）での機能訓練を行っています。

○訪問リハビリテーション
　訪問リハビリテーションは、主に医療機関や訪問看護ステーションからの訪問により行われます。
　訪問リハビリテーションは、回復期で獲得した機能や能力を在宅環境に適合させるためのリハビリテーションを実際の生活の場で行います。既にできること、リハビリテーションを行えばできるようになること、介護が必要なこと、を生活サイクルの中で見極めて、家族を含めた支援を行います。自宅環境において在宅復帰と日常生活活動の自立を支援する有効なサービスであるといえます。また、福祉用具や住宅改修にあたって専門的立場から適切な助言を提供することが可能となります。しかし、ご本人や家族の在宅でのニーズが適切に把握できていなければ、訪問看護で行えるリハビリテーションの内容・時間には限界があるので、ミスマッチが生じかねません。訪問看護で実施するリハビリテーションをより効果的なものにするためには、家族や本人にかかわる全ての関係者がリハビリテーションの視点をもった介護や本人支援を行っていくことが必要です。

《維持期リハビリテーションにおけるリハビリテーション担当者の役割》

- 病状の安定した高齢者や廃用症候群が悪化した高齢者に対する入所でのリハビリテーションの提供
- 在宅復帰の可否の判断と退所後の調整
- 福祉機器を選定し、使用方法の指導
- 在宅高齢者に対し、主治医の指示のもと、「通所リハビリテーション計画」を作成し、リハビリテーションを実施
- 短期入所による集中的リハビリテーション
- 要支援者に対する運動機能向上などの介護予防
- とじこもり防止、社会参加の拡大

また、在宅生活においてリハビリテーション担当者が関わることで、以下の効果も生まれます。

- 病院リハビリテーションスタッフからの情報収集を行いやすい
- 身体機能・生活機能の評価と機能回復の可能性やＡＤＬ阻害因子などの分析が可能
- 在宅で生活するうえでの問題を整理し、在宅生活の環境整備を行うことが可能
- 介護方法の相談・助言がしやすい

　回復期から維持期に移行した直後（退院直後）は、一般的に、生活機能の低下が著しいといわれています。この原因として、病院と自宅との住環境・生活環境の違い、介護者の変化、生活リズムの変化などが考えられます。
　この時期（退院直後）に適切なリハビリテーションの介入がないと、そのまま機能低下していく危険性が高く、また、過介護の状態になり、ますます機能低下させてしまい、悪循環に陥る危険性もあります。回復期から維持期へのリハビリテーションの流れをスムーズにすることで、その後の安定期・生活拡大期を充実したものにすることが可能となります。
　効果的なリハビリテーションを推進する観点から、退院直後では、医療機関での（医療保険による）外来リハビリテーションを積極的に活用することも必要です。ご本人の在宅自立の意欲を可能な範囲で盛り立てて、介護サービスが過介護とならないように配慮しなければなりません。
　維持期にかかわるリハビリテーション担当者は介護支援専門員を通じ、居宅サービスを担う他の事業所に対し日常生活上の留意点や介護の工夫等の情報の伝達を行うなど、多職協働を推進することが重要です。そのためには、生活機能についてのアセスメントを行いながら、本人の身体機能の変化に応じた日々の連携が必要です。

７．その他の関係職種

〇歯科医師の役割

歯科医師は適切な歯科治療を行うとともに、口腔機能が低下し、肺炎などの予防支援が必要な時に歯科衛生士や嚥下機能の評価ができる専門医療機関と一緒になって口腔衛生を保つ役割もあります。

また、かかりつけ医、介護関係者との共同作業として、包括的な回復期維持期のリハビリテーションを推進する役割を担っていると考えられます。

自宅への訪問は、介護保険における居宅サービスの「居宅療養管理指導」による療養指導が可能です。

《主な役割》

・ 日常の口腔衛生に関する健康管理
・ 患者の食に対する意欲を継続させ、ＱＯＬの向上と生活機能の維持改善を目指す
・ 必要な口腔リハビリテーション等のサービスを指示する
・ 必要時、嚥下機能評価が可能な医療機関や、歯科衛生士等につなげる
・ 訪問診療など在宅における医療体制の確立
・ 必要なサービスが実施されるように担当会議への参加

摂食嚥下リハビリテーションの提供には、歯科医師を含む専門職の診断とリハビリテーションメニューの提供が欠かせません。

在宅においては、かかりつけ歯科医が治療等のプライマリケアの延長として訪問歯科治療を行いながら、必要に応じて専門的医療機関への紹介等を行うとともに、歯科衛生士や看護師、作業療法士、理学療法士、言語聴覚士等との連携を図ることが重要と考えます。

〇薬剤師の役割

薬剤師は、適切な服薬管理を行うとともに、かかりつけ医・かかりつけ歯科医師とも連携を図り、複数の医療機関を利用するために生じる重薬を予防します。また、介護関係者と連携を図ることで、正しい服薬方法の指導や飲み忘れ予防等の管理を行うことが可能になることから、地域における役割や活躍が期待されます。

《主な役割》

・ 服薬指導の一環として、お薬手帳・薬セット用カレンダー等の普及
・ 必要なサービスが実施されるように担当会議への参加
・ かかりつけ医・かかりつけ歯科医師と連携を図ることで包括的な医療支援体制を構築

８．市町村担当課

市町村担当課（健康づくり関係課や高齢者福祉関係課等）は一般住民に対する生活習慣病予防や介護予防に関する取組を行っています。

要介護状態になることの予防は関係各課・機関・団体と一体となって取り組んでいます。

具体的には、地域包括支援センターを直営または委託により運営し、これを中心に日常生活圏域単位での高齢者の社会参加や世代間交流など、介護予防や生きがいを目指した仕組みづくりを進めています。

市町村担当課は地域包括支援センターとともに、これを支援しながら以下の役割を担っています。

・ 市町村域における課題の検討、取組目標の関係者間の共有、課題解決のための具体的展開の検討(関係者での検討の場の設定)
・ 入退院情報が在宅関係者につながる仕組みづくり、ツールの検討
（退院カンファレンス開催、運営方法の決定等）

・　在宅に必要な情報の整理、在宅関係者間での情報共有のためのツールの開発、仕組みづくり
・　地域包括ケア会議等の円滑な運営が図られるよう、地域包括支援センターや介護支援専門員に対し、研修会の提供や技術的助言を行う

地域包括ケア体制構築の最終責任者は市町村です。
市町村の責務の下、地域リハビリテーション地域支援センター・回復期病院・かかりつけ医・地域包括支援センター・介護支援専門員・在宅サービス事業者等の関係職種・機関等がそれぞれの機能を発揮し、役割を担っていくことで医療と介護の連携が図られ、住み慣れた地域で安心して、その人らしくいきいきと暮らせることが可能となります。
特に、地域包括支援センターを委託型でおいている場合には、市町村における強いリーダーシップが地域づくりに不可欠です。

９．保健所

保健所は地域における保健・医療・福祉の各関係機関や行政・民間・住民をつなぐ中立・公正な専門機関であり、医療機関の機能や実態について熟知しています。
保健所はこの特性を生かし、常に保健・医療・福祉に関する情報を幅広く収集し、ネットワークの構築、医療機関・関係機関間の調整などコーディネーターとしての役割が求められます。
モデル事業においても、保健所は市担当課とともに、介護関係機関・職種と連携し、地域リハビリテーション地域支援センターや医師会等の医療側と介護側とのネットワークの構築に取り組みました。
実際に医療と介護の連携が比較的うまくいっている地域では、保健所が旗振り役を担い、関係機関との調整の核となっています。
また、保健所は市町村に対して、専門的・技術的な指導・支援及び市町村保健センターへの協力を積極的に行っています。さらに、介護関係者のスキルアップのための研修や事例検討等の企画を行う場合もあります。

医療と介護の連携における役割として、府保健所は以下の役割を担っています。
《急性期～回復期病院間ネットワークにおける役割》
・　病院間ネットワークの維持･深化のための後方支援や地域リハビリテーション地域支援センターからの相談への対応
・　地域連携クリティカルパスに乗らないケースの整理、課題の検討
・　圏域をまたがって調整が必要な事項についての圏域間調整

《回復期～維持期ネットワークにおける役割》
・　地域連携クリティカルパスの維持期での活用方法を回復期病院､維持期関係者とともに検討
・　病状悪化･機能低下時のリハビリテーション医療の介入のシステム化を地域包括支援センター・地域リハビリテーション地域支援センターとともに整備
・　関係機関職員のスキルアップ､連携強化を目的とした研修や事例検討会を市町村・地域包括支援センター等と協働で企画
・　地域医師会への連携に関する働きかけ

《医療と介護の連携全体における役割》
・　医療機関と介護関係機関との調整（コーディネーター）
・　急性期・回復期・維持期の患者の流れの把握と連携に関する課題の整理
・　連携ツール・連携に関する手引きの普及

《各機関の役割一覧》これまで述べてきました各機関の役割を各ステージにあわせて整理しました。

	急　性　期	回　　　復　　　期			維　持　期
患者イベント	発症・入院	転院 集中的リハビリ開始	試験外泊	退院準備	在宅復帰
支援目標（目的）	①治療方針検討・決定 ② 医療スタッフ間の治療方針の統一 ③ 早期にリハビリテーションを開始 ④ 回復期を通らずに在宅復帰する患者の再発予防のための支援体制整備	① 急性期から一貫したリハビリテーション継続 ② 治療・リハビリテーションに関するインフォームドコンセントを図る ③ リハビリテーション方針決定・目標設定・評価時期の決定	④ 在宅生活上の課題整理 ⑤在宅での支援が必要なケースの早期把握と早期支援体制の整備	⑤ 介護保険制度の理解と手続き方法の紹介 ⑦入院中から在宅での支援体制整備のため、介護支援専門員につなげる	①在宅生活の継続 ・リハビリテーション効果判定 ・在宅生活上の課題の整理 ・計画の見直し ②機能低下時の早期発見と対応
急性期病院 回復期病院	・可能な範囲での回復期リハビリテーション病棟への転棟・転院時期の設定 ・早期離床による ADL の早期確立 ・在宅復帰を視野に入れたハビリテーションの提供 ・在宅での支援の必要性や必要なサービスの検討 ・在宅まで一貫したリハビリテーションが提供されるための情報の伝達 ・介護支援専門員への連絡 ・退院前カンファレンス開催	・在宅見通しと、リハビリテーション医療のゴールの設定 ・急性期病院からの患者情報の収集 ・急性期病院から一貫した治療・リハビリテーションの継続 ・治療・リハビリテーションに関する計画書の作成 ・患者・家族へ治療やリハビリテーション方針の説明 ・ハイリスク患者の発見	・外泊中の状況の確認と在宅生活上の予測される課題の整理 ・在宅での支援の必要性や必要なサービスの検討 ・住環境の確認と在宅生活上の注意点・日常動作に関する助言	・患者情報を在宅関係者（主に介護支援専門員）につなげる ・地域連携カンファレンス・退院前カンファレンスの開催 ・ケアプランへの助言 ・介護支援専門員から相談に対応 ・かかりつけ医への情報提供	（必要時）定期受診・治療 ・かかりつけ医との役割の整理 ・維持期リハビリテーション担当者との情報交換・連携 ・身体機能低下の有無の確認とリハビリテーションの効果判定、リハビリテーション介入の必要性の検討
地域リハビリテーション地域支援センター	・急性期病院から回復期病院への円滑な受入体制整備 ・急性期病院からの相談窓口 ・ネットワーク医療機関間の調整 ・リハビリテーションにおけるＰＤＣＡサイクル確立（症例検討実施等）		・地域包括支援センターとの協力による、回復期病院と在宅関係者との連携体制の構築 ・維持期関係機関からの相談窓口 ・地域連携クリティカルパスの維持期での活用方法の検討 ・在宅療養者に対するフォローアップ体制の構築		
医療ソーシャルワーカー	・入院前の生活状況等の把握、介護保険利用状況、担当介護支援専門員の確認 ・患者・家族の相談への対応 ・社会資源の紹介 ・介護保険制度の紹介 ・退院前カンファレンスやサービス調整会議の開催	・急性期病院との連携窓口 ・在宅生活をみこした情報の収集、福祉サービスの利用状況の確認 ・介護保険制度の紹介 ・担当介護支援専門員の確認、連絡 ・本人・家族からの相談への対応、不安の軽減 ・院内カンファレンスでの医療スタッフへの患者情報提供	・在宅生活にむけての問題点・課題の検討	・在宅関係者やかかりつけ医との連携の窓口 ・在宅関係者への連絡・情報提供 ・退院前カンファレンス・地域連携カンファレンス等の開催 ・本人・家族からの相談への対応 ・介護保険認定調査や退院前訪問指導に同席	・本人・家族からの相談への対応 ・病院内情報の提供 ・院内・施設内カンファレンスへの参加 ・在宅復帰のための条件や本人の希望等をスタッフに情報提供 ・介護保険制度の説明 ・介護保険認定調査や退院前訪問指導に同席 ・在宅介護支援専門員や居宅介護サービス事業所等との連携、退院に向けた準備
かかりつけ医	・（急性期病院から直接在宅復帰する場合）、病院主治医からの病状、治療経過、リハビリテーションの必要性等についての情報の収集			・回復期病院主治医からの病状、治療経過、リハビリテーションの必要性等についての情報の収集 ・地域連携カンファレンス・退院前カンファレンス等への出席	・治療継続（治療・療養管理） ・病状・治療状況の本人への説明 ・「介護保険主治医意見書」や「訪問看護指示書」の作成、必要なリハビリテーション等のサービスの指示 ・ケアプランへの助言 ・介護関係者からの相談に対応 ・生活機能低下の早期把握と改善のための助言 ・専門医・専門医療機関・関係機関の紹介 ・サービス担当者会議やケースカンファレンス等に出席

<table>
<tr><th></th><th>急　性　期</th><th colspan="3">回　　　復　　　期</th><th>維　持　期</th></tr>
<tr><th>患者イベント</th><th>発症・入院</th><th>転院
集中的リハビリ開始</th><th>試験外泊</th><th>退院準備</th><th>在宅復帰</th></tr>
<tr><td>介護支援専門員</td><td>・入院前から関りのあるケースの場合、入院前の生活生活状況や介護力・住宅環境等への情報を主治医やセラピストに報告
・主治医・リハビリテーション担当者からの治療・リハビリテーションに関する情報の収集</td><td>・入院前から関わりのあるケースの場合、入院前の生活状況や介護力・住宅環境等への情報を主治医やリハビリテーション担当者に報告
・主治医・リハビリテーション担当者からの治療・リハビリテーションに関する情報の収集とケアプランへの活用</td><td>・外泊中の状況、家族の介護力の確認と在宅生活上の予測される課題の整理
・医療情報・リハビリテーション情報をとりいれたケアプラン原案の作成</td><td>・退院前カンファレンスに出席し、ケアプラン原案について、関係者間での意見交換を行い、ケアプランの変更の必要性等について再検討
・在宅関係者へ情報提供と支援開始に向けた準備</td><td>・サービス担当者会議の開催と関係者の招集
・医療・リハビリテーションに関する情報を反映したケアプランの作成
・在宅生活状況の確認と生活機能評価を定期的に実施。
・生活機能低下時はかかりつけ医等への情報提供
・必要サービスの再検討</td></tr>
<tr><td rowspan="2">地域包括支援センター</td><td colspan="5">・入退院時のスムーズな連携体制の構築
・病院主治医と介護支援専門員との連携体制の構築
・在宅関係者間の連携体制構築、地域の包括的なネットワークの構築
・支援困難ケースの退院時フォロー体制の構築
・介護支援専門員への支援、質の向上を目的とした研修等の企画
・患者・関係機関への相談支援</td></tr>
<tr><td>・医療ソーシャルワーカーからの連絡後、介護支援専門員の紹介を行う</td><td>・医療ソーシャルワーカーからの連絡後、介護支援専門員の紹介を行う</td><td></td><td></td><td>・介護予防プランの作成</td></tr>
<tr><td>居宅介護サービス事業所</td><td></td><td></td><td></td><td>・介護支援専門員と連携し、退院後提供するサービスの調整・準備
・（維持期リハビリテーション担当者）退院前カンファレンスに出席し、主治医・スタッフからの指示内容・情報確認</td><td>・居宅サービスの提供
・サービス担当者会議出席
《リハビリテーション担当者の役割》
・リハビリテーション提供
・病院リハビリテーションスタッフからの情報の収集
・住環境の確認
・関係者への情報提供
・在宅生活上の注意事項の整理・関係者への助言</td></tr>
<tr><td>上記以外の関係職種</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>《歯科医師》
・日常の口腔衛生に関する健康管理
・必要な口腔リハビリテーション等のサービスを指示
・(必要時)嚥下機能評価が可能な医療機関や歯科衛生士等につなげる
《薬剤師》
・本人・家族へ服薬指導
・かかりつけ医・歯科医師との連携による医療支援体制の構築</td></tr>
<tr><td>市町村担当課</td><td colspan="5">・市町村域における課題の検討、取組目標の関係者間の共有、課題解決のための具体的展開の検討（関係者間での検討の場の設定）
・在宅に必要な情報の整理、在宅関係者間での情報の共有のためのツールの開発、仕組みづくり
・地域包括支援センター運営協議会・地域ケア会議等の円滑な運営が図られるよう、地域包括支援センターや介護支援専門員に対し研修会の提供や技術的助言を行う。</td></tr>
<tr><td rowspan="2">保健所</td><td colspan="5">・医療機関と介護関係機関との調整(コーディネーター)
・急性期・回復期・維持期の患者の流れの把握と連携に関する課題の整理
・連携ツール・連携に関する手引きの普及</td></tr>
<tr><td colspan="2">・急性期～回復期病院間ネットワークのための後方支援
・地域リハビリテーション地域支援センターからの相談対応</td><td colspan="3">・地域医師会への連携に関する働きかけ
・関係者のスキルアップと連携強化のための研修の企画
・地域連携クリティカルパス情報の維持期での活用方法の検討</td></tr>
</table>

連携のためのツールの紹介

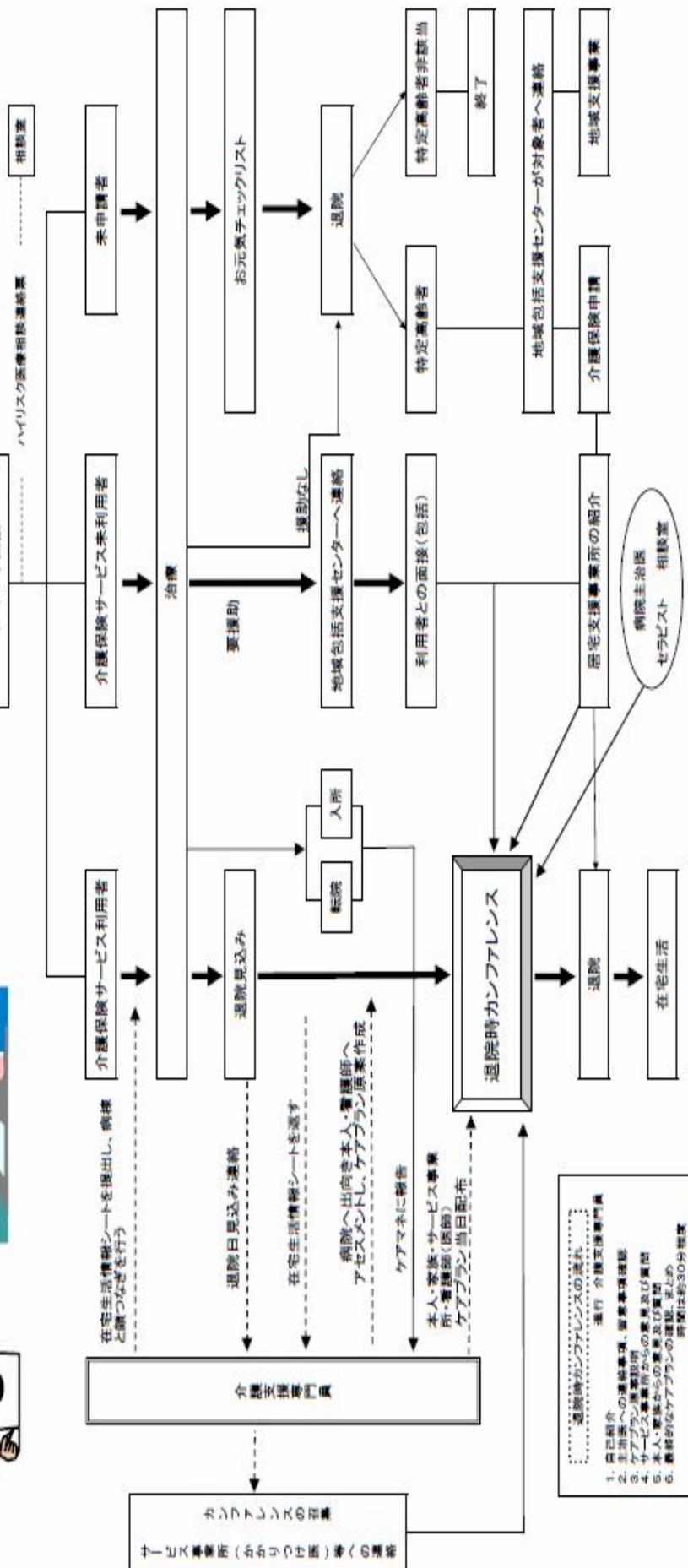
連携に関する資料集

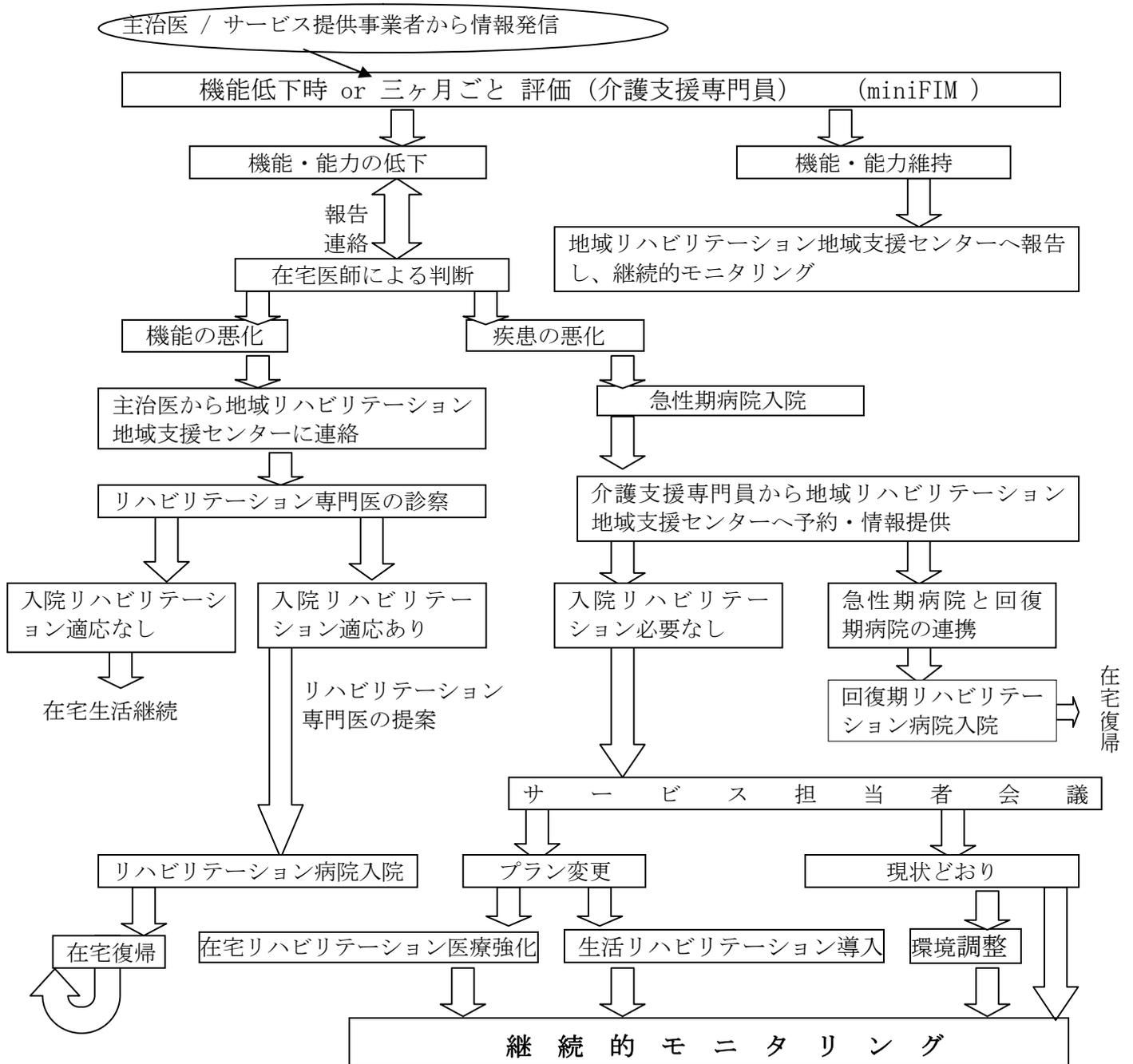
《資料集》

《参考資料》

※注
資料集につきましては、原典をそのまま掲載しています

連携に関するフロー図の紹介

♪入院時から病院と介護支援専門員が連携するためのシステムフロー図　（和泉市モデル）

♪在宅での生活機能の評価と、生活機能が低下した時の対応に関するフロー図（豊中市モデル）

『在宅における機能低下時のリハビリテーション医療介入フロー図
（医療と介護の循環型連携フロー）』

このフロー図では、在宅での機能低下時の評価者は介護支援専門員になっています。
介護支援専門員が機能評価法についての理解を深めることは、在宅においてもリハビリテーションの視点をもち、機能低下を早期に発見するために必要ですが、必ずしも介護支援専門員のみが行うものではありません。
介護支援専門員が行うためには、機能評価法に関する研修と介護支援専門員をサポートする体制が必要です。適切な時期に機能評価を行い、機能低下を早期に発見できる体制をつくることが重要です。

医療者側と介護者側との情報伝達・共有のためのシートの紹介

♪大阪府医師会では、大阪介護支援専門員協会・大阪府訪問看護ステーション協議会と共同で連携シートを作成しました。
かかりつけ医に連絡をとる場合に既存の連携シートがないときは、まずこの連携シートを活用しましょう（連携シートは府医師会ホームページ（http://www.osaka.med.or.jp/）からのダウンロードが可能です。

医療・介護連携シート

発信日：平成　年　月　日
返信日：平成　年　月　日

ケアマネジャー ⇒ 医師

医院・クリニック
診療所・病院　　　　先生へ

下記のご利用者様の介護保険におけるケアマネジャーを担当しております。サービス提供はもとより、ご利用者様の身体状況について、注意を要する事項等、先生よりご指導いただきたく存じます。
先生のご都合をお伺いいたしたく、FAX にて連絡をさせていただきました。

ご利用者　　　　様

□1　担当になった事のお知らせです。
　今後の連絡方法についてご希望をお知らせください。
□2　ご相談したいことがあります。
- □ ケアプラン作成時の意見について　□ その他（　　）
- □ 利用者の医療・介護・病状の意見・指示について
- □ サービス担当者会議における意見または開催について
- □ 福祉用具貸与（購入）における意見について
- □ 医療系サービス導入における意見・相談について

□3　連絡及び報告（　　）

居宅介護支援事業所名　　　　担当者名

TEL　　　　FAX

担当者携帯番号　　　　E－mail

＊なお、この照会を行なうこと及び先生から情報提供を頂くことについては
□ ご本人・ご家族の同意を得て、ご連絡しております。　同意した日：平成　年　月　日
□ ご本人・ご家族の同意は得られておりませんが、ご本人のために必要ですのでご連絡いたします。

診療の妨げにならないように、次回からの連絡時に活用しましょう。

医師 ⇒ ケアマネジャー

（複数回答可）

【連 絡 方 法】　□ TEL　□ FAX　□ 面談　□ E-mail　□ 郵送
【曜日・時間帯】　□ 診療時間中いつでも可　　メールアドレス
□ 希望曜日と時間帯
□月　□火　□水　□木　□金　□土の（　：　～　：　）時頃

【連絡事項】（ご本人に関する事項やその他連絡方法がございましたらご記入ください。　）

医療機関名　　　　主治医

※ お手数ですが、上記項目についてご記入いただき、返信いただきますようお願いいたします

2009･02　社団法人 大阪府医師会 ・ 社団法人 大阪介護支援専門員協会　共同作成

医療・看護連携シート

発信日：平成　　年　　月　　日
返信日：平成　　年　　月　　日

訪問看護師 ⇒ 医師

医院・クリニック
診療所・病院　　　　　　　　　　先生へ

下記のご利用者様の介護保険における訪問看護を担当しております。サービス提供はもとより、ご利用者様の身体状況について、注意を要する事項等、先生よりご指導いただきたく存じます。
先生のご都合をお伺いいたしたく、FAXにて連絡をさせていただきました。

ご利用者　　　　　　　　　　様

□1　担当になった事のお知らせです。
　　今後の連絡方法についてご希望をお知らせください。
□2　ご相談したいことがあります。
　□　訪問看護指示書依頼について
　□　利用者の医療・病状の意見・指示について
　□　必要物品の依頼について
　□　その他（　　　　　　　　　　）

□3　連絡及び報告（　　　　　　　　　　）

訪問看護事業所名　　　　　　　　担当者名
TEL　　　　　　　　　　FAX
担当者携帯番号　　　　　　　　E－mail

＊なお、この照会を行なうこと及び先生から情報提供を頂くことについては
□ ご本人・ご家族の同意を得て、ご連絡しております。　同意した日：平成　　年　　月　　日
□ ご本人・ご家族の同意は得られておりませんが、ご本人のために必要ですのでご連絡いたします。

医師 ⇒ 訪問看護師

（複数回答可）

診療の妨げにならないように、次回からの連絡時に活用しましょう。

【連絡方法】　□ TEL　□ FAX　□ 面談　□ E-mail　□ 郵送
【曜日・時間帯】　□ 診療時間中いつでも可　　メールアドレス
　□ 希望曜日と時間帯
　□月　□火　□水　□木　□金　□土の（　：　～　：　）時頃

【連絡事項】（ご本人に関する事項やその他連絡方法がございましたらご記入ください。　）

医療機関名　　　　　　　　主治医

※ お手数ですが、上記項目についてご記入いただき、返信いただきますようお願いいたします

2009・03　社団法人 大阪府医師会 ・大阪府訪問看護ステーション協議会　共同作成

**♪在宅での情報を介護支援専門員から病院へ情報伝達するための連絡票、
病院から退院時の身体状況等に関する情報を得るための連絡票　　　　（和泉市モデル）**

在宅生活の支援を受けていた方が入院する場合、本人や家族が病状や障がいの悪化の経過、生活状況等を病院関係者に適切に伝えることが困難な場合があります。在宅での生活の自立の状況や配慮点、家屋等の客観的情報を維持期(介護)側から回復期（医療）側に適切に提供することで、在宅生活を視野にいれた支援が入院中から開始できます。また、介護支援専門員が退院時の身体状況等に関する情報を把握することが可能になります。

在宅生活情報シート

平成　　年　　月　　日提出

<table>
<tr><td>氏　　名</td><td>様</td><td>生年月日</td><td>M　T　S
年　月　日</td><td>住所</td><td>和泉市
町</td></tr>
<tr><td>緊急連絡先</td><td>（続柄　　　）</td><td rowspan="5">家族構成</td><td colspan="3" rowspan="5">☆キーパーソン

本人・家族関係等の状況
本人：
家族：</td></tr>
<tr><td>介護保険</td><td>申請中　　要支援１・２
要介護１　２　３　４　５</td></tr>
<tr><td>かかりつけ医
（連絡先）</td><td>（　　　　医院）</td></tr>
<tr><td>身障手帳等</td><td>有（　　　　）・無</td></tr>
<tr><td>経済状況</td><td>年金　　生活保護　　その他</td></tr>
<tr><td>既往歴</td><td colspan="5"></td></tr>
<tr><td>介護サービス等</td><td colspan="5">フォーマル(福祉サービス含む)

インフォーマル(家族の介護力・支援状況含む)</td></tr>
<tr><td>居住環境
(周辺環境)</td><td colspan="5">住宅改修［ 無　有：内容　　　　　　　　　　］</td></tr>
<tr><td>生活状況等
(本人・家族の望む暮らし含む)</td><td colspan="5">本人：
家族：

生活状況：</td></tr>
</table>

※　退院の目途がつきましたら、裏面・病院欄にご記入の上、担当介護支援専門員までご連絡いただけますよう、よろしくお願いします。また、在宅復帰に向けてカンファレンス（ムンテラ）を行う場合に、介護支援専門員も同席したいので、日時をお知らせください。

※　なお、このシートにおける個人情報の取り扱いについては、本人もしくは家族に同意を得ています。

（裏）

事業所名		担当者	
住所		連絡先	Tel： Fax：

ＡＤＬなどの状況書 ＿＿＿＿＿様 （入院日：＿＿年＿＿月＿＿日）

記入者	介護支援専門員欄（入院前の状況）	病院欄（ 年 月 日）氏名＿＿＿＿
移乗・移動	移乗など 寝返り 支援無・有［ ］ 起き上がり 支援無・有［ ］ 立ち上がり 支援無・有［ ］ 座位 支援無・有［ ］ 立位 支援無・有［ ］ 移乗 支援無・有［ ］ 移動など 歩行 支援無・有［ ］ 移動手段 支援無・有［ ］	移乗など 寝返り 変化無・有［ ］ 起き上がり 変化無・有［ ］ 立ち上がり 変化無・有［ ］ 座位 変化無・有［ ］ 立位 変化無・有［ ］ 移乗 変化無・有［ ］ 移動など 歩行 変化無・有［ ］ 移動手段 変化無・有［ ］
排泄	尿意［有・無］便意［有・無］失禁［有・無］ 方法［日中 夜間 ］	尿意［有・無］便意［有・無］失禁［有・無］ 変化無・有 方法［日中 夜間 ］
食生活・口腔	摂取方法・形態等 支援無・有 嚥下・口腔ケア 支援無・有	摂取方法・形態等 変化無・有 嚥下・口腔ケア 変化無・有
清潔	保清（ 入浴 ・ 清拭 ） 支援無・有 着脱・整容 支援無・有	保清（ 入浴 ・ 清拭 ） 変化無・有 着脱・整容 変化無・有
	服薬状況（管理・飲み方など） 支援無・有	服薬状況（変薬・増減など） 変化無・有
	コミュニケーション・行動障害など 支援無・有 （視力・聴力・発語など状況含む）	コミュニケーション・行動障害など 変化無・有
	在宅での生活課題・その他特記事項	退院にあたっての課題（本人･家族の意向含む）

病院名＿＿＿＿＿＿＿＿ 病棟・看護師長＿＿＿＿＿＿＿＿

《記入例》　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　平成○○年○月○日提出

氏名	K．T　様	生年月日	M　T　S　○○年　△△月××日	住所	和泉市　○○町
緊急連絡先	△△　××　（続柄　長女） 0725-○○-△△△△	家族構成	☆キーパーソン 本人：おとなしい。将棋得意 家族：長男亡くし嫁就労で支援困難。娘が隣市在住よく訪問。妻の友人多い。		
介護保険	申請中　要支援１・② 要介護１　２　３　４　５				
かかりつけ医（連絡先）	××　○○（△△医院） 0725-○○-△△△△				
身障手帳等	有（　２種・３級）・無				
経済状況	年金　生活保護　その他				
既往歴	脳梗塞（Ｈ１５年４月）後遺症：軽度右片麻痺有り　右手首骨折（Ｈ１２年ころ）				
介護サービス等	フォーマル(福祉サービス含む) 通所介護（２/週）　福祉用具レンタル（ベッド、介護バー、車椅子）　紙オムツ給付の受給 インフォーマル(家族の介護力・支援状況含む) 家族：妻生活全般の支援、見守り。最近膝痛あり。娘が買い物支援（２/月)。校区社協配食サービス（２/月)				
居住環境（周辺環境）	住宅改修［無　有：内容　浴室の手すり設置（Ｈ１６．１）残額あり］ 一戸建て（２Ｆ建て）軽度右片麻痺あるが、杖歩行で玄関、門扉までは介助無し。自宅周辺坂道多く、車も多いため、一人での外出困難。				
生活状況等（本人・家族の望む暮らし含む）	本人：最近はデイの将棋が楽しみ。できるだけ家族に迷惑かけずこの生活を続けたい。 家族：息子を亡くし気弱になった。夫のことは自分がしないといけないと思っている。膝が痛くつらい時がある。 生活状況：家にいるときは横にやっていることが多い。デイ以外の外出で、娘との買い物同行も減り、妻が誘っても散歩ほとんどしない。最近は、右半身の力の入りにくさとムセが多くなり、奥様の支援、見守りが増加していた。				

事業所名	○○○ケアプランセンター	担当者	□□　△△
住所	和泉市○○町	連絡先	Tel:41-○○○○　Fax:41-○○○○

ＡＤＬなどの状況書　K．T　様　（入院日：　○○　年　□月　△日）

記入者	介護支援専門員欄（入院前の状況）	病院欄（　年　月　日）氏名
移乗・移動	移乗など　寝返り　支援無・有［　］、起き上がり　支援無・有［　］ 立ち上がり　支援無・有［介助バー使用］、座位　支援無・有［　］ 立位　支援無・有［長時間では杖・壁支え必要］、 移乗　支援無・有［見守り必要］ 移動など　歩行　支援無・有［杖歩行、外出介助必要］、 移動手段　支援無・有［外出、受診時車椅子］	移乗など 寝返り　変化無・有［　］、 起き上がり　変化無・有［　］ 立ち上がり変化無・有［　］、座位　変化無・有［　］ 立位　変化無・有［　］、移乗　変化無・有［　］ 移動など 歩行　変化無・有［　］、移動手段　変化無・有［　］
排泄	尿意［有・無］便意［有・無］失禁［有・無］ 移動、着脱やや困難な時あり、間に合わず失禁.尿とりパット常時、外出時紙おむつ使用。方法［日中　トイレ　夜間　ポータブル　］	尿意［有・無］便意［有・無］失禁［有・無］ 変化無・有 方法［日中　夜間　］
食生活・口腔	摂取方法・形態等　支援無・有：食３回(朝遅い日は２食)。普通食。右手の力入りにくくスプーンも同時に用意、介助なし。 嚥下・口腔ケア　支援無・有：最近食事中のムセが多い。デイでゆっくり声がけ。歯科受診有り。歯みがきの準備、声がけ必要。	摂取方法・形態等　変化無・有 嚥下・口腔ケア　変化無・有
清潔	保清（入浴・清拭）　支援無・有 デイで２回、自宅１回・妻の見守り有り 着脱・整容　支援無・有 時間かかり見守りあり。デイでは声がけも必要	保清（　入浴　・　清拭　）　変化無・有 着脱・整容　変化無・有
服薬状況（管理・飲み方など）　支援無・有 妻が薬袋にはさみを入れると服薬は自立。　薬内容別添		服薬状況（変薬・増減など）　変化無・有
コミュニケーション・行動障害など　支援無・有 （視力・聴力・発語など状況含む） やや難聴、支障ないが左からの声がけしている。認知、行動障害内が、意欲低下、発言も少ない。		コミュニケーション・行動障害など 変化無・有
在宅での生活課題・その他特記事項 ・右片麻痺の影響が、生活の各場面で影響出はじめ支援、見守り必要になっている。特に嚥下機能の低下。 ・自発的行動少ないため、できるだけ、周囲が関わりもつ必要がある。		退院にあたっての課題(本人･家族の意向含む)

病院名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　　病棟・看護師長＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

♪介護支援専門員と医師・歯科医師等の情報伝達のための連絡票(和泉市モデル)

かかりつけ医や歯科医師等への連絡時に、相談の目的・内容を明確に伝え、医師・歯科医師等の記入の負担が少ないように連絡票を工夫しました。

医療と介護の連携連絡票

医療機関名 及び所在地 電話　　　　　FAX 医師氏名　　　　　先生	⇔	居宅介護支援事業所名 及び所在地 電話　　　　　FAX 介護支援専門員氏名

日頃より大変お世話になっています。お忙しいところ誠に恐縮ですが、下記の件にて先生よりご教示頂戴したく存じます。ご都合の良い連絡方法もしくは回答等につきまして、FAXでご返信賜れば幸いです。よろしくお願いします。

＊本人の同意について　※この紹介を行うこと及び先生から情報提供いただくことは、
□　ご本人の同意を得ています。　　　　　　　　同意した日　　　　年　　月　　日
□　ご本人の心身状況から同意は得られておりませんが、ご本人のために必要がありますのでご連絡いたします。

利用者	氏　名	様	介護度	申請中　支援 1・2　介護 1・2・3・4・5
	住　所		TEL	
	生年月日	明・大・昭　年　月　日生　（　歳）　男・女		
連絡内容・理由	□　ケアプラン作成(新規・更新・区分変更・　　　　)にあたり、病状等についての指示・確認など			
	□　医療系サービス等(　　　　　　)を導入するにあたり主治医の意見・相談など			
	□　利用者の下記状況についての相談・報告など			
	□　担当ケアマネジャーになった挨拶、利用者現況の確認など			

<利用者の照会・相談内容等>

上記についてご教示よろしくお願いします。

平成　年　月　日　　　担当介護支援専門員氏名　　　　　印

連絡方法並びに回答書(返信)

主治医確認欄	□ 1. 特に意見・要望等なし　　□ 2. 意見・要望あり
2の場合：連絡方法等	□ **直接会って**話をします（時間帯　月　日　時頃　お出でください）
	□ **電話**で話をします　（時間帯　月　日　時頃　電話ください）
	□ **文書　・FAX**　等で回答します

<主治医からの回答・助言等>

居宅療養管理指導　（　なし　・　あり　）

上記の通り連絡いたします。

平成　年　月　日　　　医師氏名　　　　　印

H20.5.1　和泉・医療と介護の連携委員会作成

♪介護支援専門員が薬剤に関する課題の整理と薬剤師への情報伝達のための連絡票(和泉市モデル)

高齢者にとって適切な服薬管理は在宅生活を維持するために重要な課題の一つです。介護支援専門員が薬の飲み方や残薬にも目をむけ、課題を見落とさないように、また、服薬管理の重要性を再認識するためにアセスメント表を作成しました。

居宅薬剤アセスメント表　(ケアマネジャー用)

利用者:　　　　　　　　　　　　　　　様　　　　年　　月　　日

1．薬剤のアセスメントの回答が「はい」の場合は、右の○をすべて黒く塗りつぶす。

2．問題領域に●がある場合は、上の△を黒く塗りつぶす

3．問題領域▲が当患者の薬学的問題点となる可能性あり。当患者のADL、I ADLも含めた観点から、薬剤師による薬剤管理指導が必要と思われる

薬剤アセスメント	回答		聞き取りポイント・確認ポイント・理由	問題領域								
				△	△	△	△	△	△	△	△	△
				コンプライアンス不良	重複・相互作用のチェック要	剤形の要検討	薬剤によるADL低下	転倒の危険性	副作用のチェック・再発防止	飲み忘れの対処	処方内容の理解	水分量のチェック
① 薬の飲み忘れ・飲み間違いがある	はい	いいえ	→まず残薬の量を確認しましょう ・認知・理解力の低下がある ・薬の形状があっていない ・薬が多すぎる	○		○				○	○	
② 薬の量・回数を自分で調節している	はい	いいえ	→飲み方を聞いてみましょう ・誤った理解をしている ・薬が多すぎる ・食事を取っていないという理由から ・より効果を期待したいから	○		○					○	
③ 薬についての理解が得られにくく、服薬拒否もある	はい	いいえ	→理解の程度や拒否の理由は何ですか ・認知・理解力の低下がある ・薬の説明が十分に出来ていない	○		○				○	○	
④ 味覚障害がある	はい	いいえ	おいしくない、味がおかしい等の言葉が患者(利用者)からあった場合、特発性(潜在性亜鉛欠乏)や亜鉛欠乏の食事性、次に薬剤性によるものと考えられるものが多い。 →いつ頃からですか。				○		○			
⑤ 口が渇く、のどが渇く、入れ歯が入れにくい。	はい	いいえ	口渇の副作用のある薬剤や、口渇の症状を伴う疾患がある。入れ歯があわなくなる原因の1つに歯肉肥厚がある。(歯肉肥厚の出やすい薬剤がある。) →いつ頃からですか。				○		○			○
⑥ 下痢・軟便、便秘等がある	はい	いいえ	便秘や下痢などはしていませんか。毎日、排便は順調ですか。 いずれかにチェック【下痢　・　軟便　・　便秘】 →いつ頃からですか。				○		○			○
⑦ 頻尿、尿失禁、排尿困難等がある	はい	いいえ	尿は出にくくないですか。日中、夜間の回数はどうですか。 【日中　　回、夜間　　　回】 →いつ頃からですか。				○		○			○
⑧ 睡眠障害がある	はい	いいえ	・寝付けない。途中で目が覚める。熟睡できない(入眠障害・中途覚醒) ・悪夢をみて目が覚めてしまう。(熟眠障害) ・怒りやすい。興奮する。(その結果眠ることが出来ない。) ・昼に眠ってしまうので、夜眠れない。うとうとする(昼夜逆転) ・(早期覚醒)				○	○	○			
⑨ つまずく。転倒することがある。手先が少し震える	はい	いいえ	パーキンソン氏病か、薬剤の副作用(薬剤性パーキンソニズム)によるものか。 →いつ頃からですか。				○	○	○			
⑩ ・力が入らない。脱力感がある。だるくて眠い。などの症状がある	はい	いいえ	筋弛緩作用の強い睡眠剤を高齢者が服用する場合、夜間の排泄時は特に注意が必要。(転倒の危険性が高くなる) →いつ頃からですか。【頻度:　　　　、程度:　　　　】		↑		○	○	○			
・めまいや不穏な症状が出てきている。	はい	いいえ	平衡機能障害や意志・感情・人格の変化が考えられる。 →いつ頃からですか。【頻度:　　　　、程度:　　　　】									

現在服用中の医療薬・サプリメント・市販薬名、外用薬 (薬剤情報書を添付する場合は記載不要)	
現在かかっている病院、診療科名	
現在薬をもらっている薬局名	
薬剤師の居宅療養管理指導を希望する	はい　・　いいえ
居宅薬剤アセスメント表を使っての感想(裏へ)	

事業所名　　　　　　　　　　　　　　　　　　名前

♪病院内でのハイリスクチェックシート兼病棟から医療相談室への連絡票

（和泉市モデル）

在宅での支援がより必要なケースの場合、入院早期から介護支援専門員等につなぎ、入院中からの在宅復帰に向けた準備が必要です。そのためには、入院病棟でもハイリスク者を早期に把握し、医療相談室や医療相談員等につなぐことが重要です。以下の連絡票は、病院内で活用されているハイリスクチェックシート兼病棟と医療相談室との連絡票です。

ハ イ リ ス ク 医 療 相 談 連 絡 票

カルテNO	
氏　　名	様
生年月日	男・女　才
医 師 名	
科・詰所	科

入 院 日　　平成　　年　　月　　日

記 載 日　　平成　　年　　月　　日

F　　号室

師長（主任）

受け持ち看護師

住所	
病名	

	ハイリスク群		
介護保険（65歳以上）	□ 無		□ 有
家族構成	□ 独居 □ 昼間独居	□ 高齢者世帯	□ その他
入院前の居所	□ 自宅以外・施設		□ 自宅
入院前　ＡＤＬ	□ C：ほとんど寝たきり □ B：かなりの介助が必要 □ A：一部介助が必要		□ J：自立
現在の　ＡＤＬ	□ C：ほとんど寝たきり □ B：かなりの介助が必要 □ A：一部介助が必要		□ J：自立
家族の介護力	□ なし		□ あり　□ 必要なし
医療依存度 （複数可） ＊管理（自己・家族） （ 有 ・ 無 ）	□ 気管切開 □ PEG □ IVH □ 経鼻栄養 □ ペースメーカー □ HOT □ 酸素 □ 人工呼吸器	□ 吸引 □ バルン □ 導尿 □ ストマ □ インシュリン □ 往診・訪看が必要 □ その他 （　　　　　）	□ なし
その他	□ 認知症がある □ ターミナル期 □ 精神疾患がある □ 身障・療育・精神の手帳あり（　　　　　）	□ 経済的問題がある □ 入退院繰返しがある □ その他	□ なし

↓

病状	
依頼内容	
同意	家族（ あり ・ なし ）　本人（ あり ・ なし ） key person；　　　続柄
特記事項	

♪入院中のリハビリテーション情報を在宅関係者に伝達するための連絡票　（豊中市モデル）

回復期リハビリテーション病院を退院時にリハビリテーション担当者が作成し、介護支援専門員（もしくは家族）あてにリハビリテーションに関する情報を提供する場合に活用します（本人・医療者・介護者・リハビリテーション担当者がリハビリテーション情報を共有するための連絡票)。

また、介護支援専門員・家族から居宅介護サービス事業所に提示することで、サービスの提供においても情報を活用することが可能となります。

リハビリテーション連携シート

関西リハビリテーション病院⇒（　　　　　）

氏　名		作成日：	作成者：
身体状況			
動作時の特徴			
介護時の考慮点・留意点			
〈方　　法〉			
立ち	① ② ③ ④		
座り	① ② ③ ④		
立位⇒歩行	① ② ③ ④		
その他			

記入例

連携シート

関西リハビリテーション病院⇒（　　　　　　　　）

氏　名	○　○　○　○	作成日：2008/3/18	作成者：石田
身体状況	平成１８年１０月脳梗塞発症（右片麻痺）) 平成１９年１１月再拘束発症　著名な麻痺の変化は認められませんが、構音障害・食事中のムセが多くなり、運動耐久性の低下・意欲の低下を認めます。現在、自宅内移動は伝い歩きで自立のレベルです。歩行耐久性は乏しく、活動性は低く、日中は寝たり起きたりを繰り返しておられる状態です。（昼寝１～２時間）		
動作時の特徴	右片麻痺のため、右側への荷重が少ない傾向にあります。座位・立位・歩行時に認めます。右上肢は動きにくいため、殆ど使おうとなさいません。		
介護時の考慮点・留意点	右下肢に荷重することを考慮して行う。可能な範囲で右手も動かす（右手をほったらかさない）		

〈方　　法〉

立ち	①	両足は肩幅くらいに広げます。 両方のつま先は捕まえ、前後互い違いにならないようにします。
	②	特に右足が前に出てこないようにします。 しっかりお辞儀をし、臀部が椅子から持ち上がったら、状態を起こしていきます。
	③	伸びきるところまで、上体を起こします。（両肢関節をしっかり伸ばす）
	④	できる限り、左右均等になるくらいまで、右に体重をのせます。⇒立位完成
座り	①	動作の開始姿勢は立ち上がり④になるように立ちます。
	②	両膝を曲げ、お辞儀をしていきます。
	③	臀部が座面に着くまで両膝を曲げ、深くお辞儀をしていきます。
	④	最後に上体を起こします。
立位・歩行		歩行時は、上体が前屈みになりがちです。前屈みになると足があがりにくくなります。
		前屈姿勢になってしまったときは、立ち上がり④の姿勢をとるようにします。
		姿勢の修正は適宜行いますが、あまり頻回であると、ご本人に負担をかけるようです。
	①	立ち上がり④がスタートポジションになります。杖は左手で持ちます。
		杖・右足・左足の順番で出します。
		左足は、あまり大きく出さないようにします。（右足が後ろに残りすぎて不安定です）
		前屈姿勢にならないため、時々、声掛けをします。（頻回すぎると本人に負担になる様子）
その他		立位姿勢の不良は、歩行に悪影響を及ぼします。可能な範囲で（ご本人が嫌にならない程度）姿勢を修正しながら、歩行することが望ましいと思われます。また右手を使わないために、立位・歩行姿勢が不良になります。日常生活動作の中で、右手をそえる事や右手で杖を押さえる事など、負担にならない程度に声掛け・促しができると良いと思われます。

基本動作	日常生活動作	認　知	生活関連動作
寝返り 起き上がり 四つ這い いざり 座位保持 立ち上がり 歩行 階段昇降	食事 整容 清拭 更衣 動作 トイレ移乗 浴槽移乗 車椅子駆動	理解 表出 社会的交流 問題解決 記憶	調理、掃除、洗濯などの家事動作 買い物 交通機関利用

《記入のポイント》
・リハビリテーション専門職でない人にも伝わりやすい、専門用語を使わない具体的な表現にする。
・生活に密着した動作について記述。生活のなかでのリハビリテーションにつながるものにする。

《期待できる効果》
・このシートを使用することで、専門職でない人も、理屈がわかったうえでの適切な介助ができる。
・利用者に関わる人皆が、情報の共有・介助方法の共有ができる。
・適切な介助情報の共有を行うことで、機能低下を防ぐことができる。
・病院・在宅、それぞれの場面でリハ専門職が内容の追加・修正を行い、情報共有しながら引き継いで使っていくことにより、地域のサービスを高い水準に導くことが期待できる。

♪地域連携カンファレンス用事前情報提供シート(和泉市モデル)

地域連携カンファレンス等にて本シートを活用することで、医療側・在宅側の両者で退院後の在宅生活の目標のすり合わせや、在宅復帰にむけて関係者が共通認識を持ち、関わり方の統一が図られます。また、医療スタッフから見た、在宅生活のための専門的なリハビリテーションの必要性を確認することが可能になります。

地域連携カンファレンス用　事前情報提供シート

患者名　　　　　　様　　担当セラピスト　ＰＴ：　　ＯＴ：　　ＳＴ：

原疾患　脳梗塞・脳出血・骨折・その他（　　　　）　麻痺側　右・左

合併症（　　　　）　キーパーソン（　　　　）

退院予定日（　　　　）　外泊予定日（　　　　）

☐ 意識障害（3-3-9）　☐ 認知症
☐ 知的障害　☐ 精神障害　☐ 筋力低下
☐ 知覚障害：☐ 視覚　☐ 聴覚　☐ 表在覚　☐ 深部覚
☐ 中枢性麻痺：
上肢　☐重度　☐中等度　☐軽度
下肢　☐重度　☐中等度　☐軽度

☐ 協調性障害　☐ 構音障害
☐ 失語症　☐ 嚥下障害　☐ 排泄機能障害
☐ 呼吸・循環障害
☐ 浮腫　☐ 疼痛　☐ 拘縮　☐ 褥創
☐ 注意障害
☐ 失行　☐ 失認

退院後予想されるADL	自立	監視	一部介助	全介助			自立	監視	一部介助	全介助	
寝返り						食事					
起き上がり						排泄動作（日中）					
座位保持						排泄動作（夜間）					
立ち上がり						整容					
立位保持						更衣（上衣）					
屋内移動						更衣（下衣）					
屋外移動						装具・靴の着脱					
階段						入浴（洗体）					
移乗（ベッド⇔W/C）						入浴（浴槽移乗）					
						家事					
コミュニケーション	理解：					表出：					

★ 障害受容および
本人・家族の希望

カンファレンス　検討事項

住宅改修の必要性　☐なし　☐トイレ　☐浴室　☐玄関　☐居室
☐階段　☐廊下　☐台所　☐その他（

ＭＥＭＯ（　　　）

福祉用具　購入　☐シャワーチェア　☐シャワーキャリー　☐浴槽台
☐バスボード　☐ポータブルトイレ　☐補高便座　☐特殊尿器　☐その他

福祉用具レンタル　☐車椅子（☐自走用　☐介助用）　☐クッション（種類　　　）
☐ベッド　☐マットレス　（種類　　　）☐その他：

その他サービスの必要性　☐なし　☐デイケア　☐デイサービス　☐ショートステイ　☐訪問リハ
☐訪問看護　☐訪問入浴介護　☐訪問介護　☐その他：

ＭＥＭＯ（　　　）

リハビリ継続の必要性　☐なし　☐あり（　　　）

その他検討事項

府中病院リハビリテーション科

♪病院と大阪介護支援専門員協会連絡票　　　　　　　　　（大阪介護支援専門員協会モデル）

担当の介護支援専門員がわからない（いない）場合、病院から大阪介護支援専門員協会へ連絡票を送ると、本人居住地の介護支援専門員協会支部へ情報が伝達されます。

医療ソーシャルワーカーから介護支援専門員協会への連絡票

FAX 番号　06-6169-0234

病　棟　名		同　意　日	年　月　日（　）
氏　名		居宅支援	事業所名
介護保険番号	（	介護支援専門員名 連　絡　先	TEL　FAX

利用者が決定したら、病院から①担当介護支援専門員②大阪介護支援専門員協会に送る

利用者状況

□	介護保険申請済み	保険者 申請日　年　月　日
□	認定調査済み	認定調査日　年　月　日
□	認定結果	要介護度　（　1・2・3・4・5　） 要支援　（　1・2　） 認定結果未　認定日予定　年　月　日
□	家族面談済み	□　家族対応が必要 □　家族対応不必要 理由
□	病状確認	□　入院日　（　年　月　日） □　病名　（　） □　リハビリテーション開始日（　年　月　日）
□	CM 配布資料	□　診療情報提供書 □　看護サマリー □　リハビリテーション実施計画書 □　その他　（　）
医療ソーシャルワーカーコメント		

介護保険申請が済んでいる状況

病院側で家族面談が済んでおり、家族同席の必要性を医療ソーシャルワーカーが判断して知らせる

本人面談において気をつけてほしい内容を記入する

＊下記は記入不要です

大阪介護支援専門員協会　チェック欄		
	□	FAX 受取日　年　月　日　時頃
	□	介護支援専門員にチェックリストの送信日　年　月　日　FAX　No.
	□	処理担当者名　（　）

♪担当介護支援専門員が対象者への支援状況を確認し、大阪介護支援専門員協会へ報告するための様式

対象者に関する不足情報の有無や、本人・家族への支援の状況を確認するときに活用しましょう。

介護支援専門員協会から担当介護支援専門員へのチェックリスト　　FAX 番号　06-6169-0234

＊最終カンファレンス開催までに送信してください

		初回面接日	年　月　日（　）
介護支援専門員氏名		利用者氏名	
医療ソーシャルワーカーからの連絡日	年　月　日	家族対応	□必要　□不必要

□	病院からの資料がある 介護支援専門員確認欄	□ 診療情報提供書 □ 看護サマリー □ リハビリテーション実施計画書　□その他
□	入院中の利用者との面談状況	□ あり　（　　回） □ なし　（理由
□	病棟医療スッタッフとの面談状況 介護支援専門員がどのくらい関わったか回数で明記	□ 担当医師　（名　　医師　　回） □ 担当ナース（名　　Ns　　回） □ 担当 PT/OT（ 名　　回） □ その他　（職種名　　回）
□	利用者家族との面談状況	□ あり　（　　回） □ なし　（理由　　）
□	入院中カンファレンス実施状況＊ある場合下記に状況記入欄	□ あり　（　　回） □ なし　（理由　　）
	開催日①　年　月　日	参加メンバー　人 主な職種
	開催日②　年　月　日	参加メンバー　人 主な職種
	開催日③　年　月　日	参加メンバー　人 主な職種
□	届出書類の確認	□ 介護サービス作成依頼申請書の提出（　年　月　日） □ 居宅新事業所契約日（　年　月　日） □ 居宅サービス計画書作成日（　年　月　日）
□	退院日確認　年　月　日	□ 退院時カンファレンス日　年　月　日
介護支援専門員コメント	意見等を記入	

利用者との面談があるのは当然だが、できなかった場合に記入

＊下記は記入不要です

大阪介護支援専門員協会	
□	介護支援専門員より FAX が届いた日　年　月　日　時ごろ
□	退院時カンファレンス出席者　（　　氏）
□	コメント

＊このチェックリストは担当介護支援専門員から介護支援専門員協会へ送付する様式として作成はしていますが、協会に送付せずに、自己チェックリストとしても活用することももちろん可能です。

ここでは、介護支援専門員が医療情報と把握するためのツールとして、キーワード集の紹介と地域連携クリティカルパスについてふれておきます。

「在宅で必要な医療情報収集のためのキーワード集」について（Ｐ５５参照）

和泉モデルでは、介護支援専門員が元職に関係なく、本人や医師などに医療情報を問合わせることができるように、生活場面で共有すべき医療用語を整理し、情報収集のポイントや情報の活用方法等を整理したキーワード集を、介護支援専門員と訪問看護師が中心となり医師会の協力も得て作成しました。また、これを周知するための研修会を医師会・訪問看護ステーション連絡会の協力のもと実施しました。こうした取組も医療系や福祉系という職種をこえた連携を図るために、情報の標準化・共有化を図ろうとする動きといえます。

キーワードは以下の２点にわけて整理しています。

[ステップ１]初回面接など医療情報が少ない場合（疾患全般に共通して必要な医療情報）
[ステップ２]個別の医療リスク（医療ニーズや状況）がある場合
（医療処置やターミナルなどの特別なニーズ・ケアがある場合）

［ステップ１］

疾患全般に共通する医療情報は、本人・家族との面談や主治医の意見書・介護保険認定調査票、看護サマリー、連携先の専門職やスタッフなどから得ることができます。

介護支援専門員の心構えとして、以下のことが重要です。

- 疾患名の収集だけに終らず、生活面や全体像から情報を集め、計画を作成する
- 生活面から健康状態をみるには、本人の習慣など日常生活をよく知る必要がある
- 変化が見られたら、心身の状況や変化から要因を整理し、医師に報告して相談する

《ステップ１の具体例》

病名から、その人の個人の課題を知る医療情報の項目として
・現疾患・既往歴をふまえた現在の病状・状態、
・予後・病状変化の可能性や緊急・アクシデント時の対応
・疾患や障害・主症状による生活障害・制約、改善の可能性
・ＡＤＬや意欲低下等心身機能に変化がある場合の相談、対応、連絡等

各々の情報をもとにリスク管理を行い、家族や関係者への周知と連絡体制の確認を行います。

[ステップ２]

個別の医療リスク(医療ニーズや状況)がある場合の情報収集を行う時のポイントは、①主治医や医療スタッフ等から収集すべき情報を整理する、②本人・家族の自己管理能力を把握し、連携の必要性を判断する、③医師・看護師・セラピスト等と積極的に意見交換し関係者に周知する、以上３点があげられます。

介護支援専門員の心構えとして、以下のことが重要です。

- 本人や家族の自己管理能力評価が重要であり、その結果から支援の必要性を判断する。
- チーム医療が導入された場合は、各メンバーが共有すべき情報を確認し、連携機能を発揮させる。
- 褥創のできやすさ等、本人の全体像から情報を収集する。発症がない場合も、予防的視点での早期発見に努める。
- チームケアのまとめ役としての役割・責任をもち、日々変化する本人や家族の精神面でのサポートに配慮する

《ステップ２の具体例》

「ＰＥＧ造設、退院にあたり本人・家族の不安が大きい」ときに介護支援専門員が収集すべき医療情報のポイントとして、
・チューブ交換の時期や頻度、方法
・トラブル時の対応(チューブ閉塞時、チューブ抜去の危険性とその対応方法)
・ＰＥＧ周辺の皮膚トラブルの対応や相談窓口
・合併症の症状　　　　　　　　　　などをまとめています。

在宅で必要な医療情報収集のためのキーワード集（和泉市モデル）

Ⅱ ［ステップ１］初回面談・本人の医療情報が少ない場合

Ａ　疾病と生活に関わる情報

●介護支援専門員が関わる**こころがまえ**

・疾患名の収集だけに終わらず、生活面や全体像から情報を集め、計画を作成する

	情報入手時のキーワード（問合せでおさえるべきポイント）	情報の活用・目的等（その情報はなぜ必要か）
健康状態	①現疾患・既往歴ふまえた**現在の病状・状態**（**安定しているかどうか**等） ﾎﾟｲﾝﾄ・現在の病状や治療（薬等）から特に注意、周知すべきこと ・感染症（既往含む）・アレルギーの有無 ・入退院の経験の有無・治療歴、病院・医師名等 ・**他科疾患の有無（精神疾患・認知症含む）**、必要時の受診先	**→現状分析）**今の状態から生活への影響、支援の必要性を予測し課題分析 例１）高血圧。冬場変動多いが、現在（7月）は安定 ⇒3ヶ月（７～9月）は血圧コントロールの課題なし 例２）胃潰瘍。痛みなし。主治医より眠前の服薬・軽食摂取等指導あり ⇒主治医に確認、再発予防の課題あり（指導内容を関係者に周知）
	②予後、病状**変化の可能性とその内容・度合い**	**→リスク管理）**変化の内容は生活チェックポイント。頻度･重度からリスクを評価し、可能性が高い場合は課題とする。具体的な項目は家族・スタッフへ周知する
	③急変や**緊急時**、その他アクシデント時の**対応と連絡先、連絡体制** ﾎﾟｲﾝﾄ・その他**アクシデント**（起こる可能性が高い）時の連絡体制 例）薬の飲み忘れ、発熱、転倒等	**→緊急時予測、リスク管理）**初期段階で連絡体制確認、周知しておく 例）よく経験するアクシデント １．デイ利用時　ⅰ薬を忘れた場合の対応と連絡方法 ⅱ体温３７℃台（平常高い）の入浴の可否 ２．ヘルパー利用時　ⅰ1回前の薬を服用していない場合の対応
	④受診の**頻度**（定期通院の必要性･間隔。通院可能か往診か等）	**→病状管理）**通院頻度から管理状況を把握する。必要時は受診を支援する
心身機能	⑤疾患や障害・**主症状（痛み等）**による**生活障害・制約、改善**の可能性 ﾎﾟｲﾝﾄ・身体構造（下肢切断等）、痛み等の症状、判断・認知機能、（ストーマなどの頻回の処置も生活への影響大きい。）	**→障害･リスク）**程度を評価、活動への影響・可能性､支援の必要性確認 例）視力障害、指先のしびれ→インスリン自己注射単位あわせ困難。支援必要
	⑥**検査結果**や検査予定等**在宅ケアに影響**するような事等	**→指標）**病状やサービス利用時の指標。受診支援含めた計画作成。 例）入院時（胸部Ｘ線、ｱﾙﾌﾞﾐﾝ値、感染症等）や健診（特定健診等）等の検査結果で特記すべき項目→入手（可能な範囲で）しておくと改善・悪化の比較可能
	⑦ＡＤＬ・意欲低下等**心身機能に変化**がある場合の相談、対応、連絡等 ﾎﾟｲﾝﾄ・意欲や機能低下しつつあることによる具体的な生活障害	**→変化把握）**医師､セラピストへの相談時､低下の経過、具体的困難な事を伝達する 例）調理の意欲が低下し、食事のバランスがとれていない
活動・参加	⑧希望する生活･活動･社会参加の可能性（**病状に留意してできること**等） ﾎﾟｲﾝﾄ・活動範囲・程度、生活圏拡大、通所系サービス利用可否等 ・参加にあたり移動の条件、その他生活場面の留意点 例）デイでの入浴希望、心疾患でも可能な運動や量	**→目標）**リスクふまえ、希望の実現を見極める。意欲を引き出す具体的「目標」の設定 例）パーキンソン病。薬の最も効く時間を調べ、デイサービスでの入浴タイムが決定 ⇒目標の設定：『体の動きやすい時間帯に入浴し、見守りにて自分で洗身する』 ※その他生活場面の詳細は次ページ参照
背景（個人・環境）	⑨個人因子　・本人の疾患・障害・治療への**理解、受け止め方** ・**自己管理能力**　（認知症の影響含む） ・家族の中の本人の位置、役	**→本人理解）**「ずれ」が妥当か否か確認。情報共有により一環した対応ができる。 例）胃がん･告知不明。本人からは｢胃潰瘍｣との情報を得た。 ⇒主治医意見書と「ずれ」が有る⇒医師に確認して、関係者へ周知
	⑩環境因子　・**家族**の理解・受け止め方 ・家族自身の**健康状態、介護力** ・**病状に影響**する環境やその変化（住環境・人・地域） ・主治医の**往診の可否** ・往診医、**他科受診時**の病院・医師の紹介、情報共有 ・居宅療養管理指導導入されている場合その**内容**	**→家族認識）**「ずれ」が妥当か否か確認。情報共有により一環した対応ができる ・家族の介護力評価。（主介護者の位置づけ、家族の｢痛手｣の度合いも推測） ・疾患以外のストレスを予測 例１）食欲不振の原因のひとつに近日友人の死があった 例２）運動不足は、自宅前が急な坂で交通量が多いため ・往診が必要になった場合、スムーズに調整･連携できるよう事前に確認

B　主な生活場面（食・清潔･排泄）に関わる医療情報

●介護支援専門員が関わる**こころがまえ**
・生活面から健康状態をみるには、本人の習慣など日常生活をよく知る必要がある
・変化が見られたら、心身の状況や変化から要因を整理し医師に報告して相談する
・「睡眠」はとりあげていないが、同様に心身の状況や変化を把握し情報収集する

	情報入手時のキーワード（問合せでおさえるべきポイント）	情報の活用・目的等（その情報はなぜ必要か）
食生活 **食事･水分 摂取・嚥下**	●**現在**の食事・水分摂取状況（量、回数、内容、体重変動等問題ないか） ﾎﾟｲﾝﾄ・食習慣も聞きとり「食生活」のパターン把握。 ・**摂取**⇒適切な**一日**の食事・水分摂取に関する**指示の有無** 〈指示が有る場合〉 ・**関係する病名**・病状、治療方針（**服薬**との関係等） ・**食事**制限の有無、程度・量（　ｋカロリー/日）、**塩分**（　ｇ/日） ・**水分**制限の有無　（　ｍｌ/日）　・**アレルギー**の有無 ・その他・・**行事や**外食時の制限の程度 ・**嚥下機能**⇒嚥下、摂取方法に関する**指示の有無** 〈指示が有る場合〉 ・関係する病名・病状、治療（服薬との関係等） ・機能障害の**程度、評価、** ・姿勢（ポジション）・食事形態等の注意点 〈指示が無い場合〉 ・機能低下や変化の可能性、変化した場合の報告、対処・連絡方法 ・**口腔**ケア、歯科受診に関する指示の有無、摂食・嚥下障害との関連 ・**栄養評価**に関する検査結果（体重、ＢＭＩ、アルブミン値、総蛋白‥）	●『食生活』上の課題分析。 ※栄養のみでなく「食」「食生活」の視点から、課題を抽出する →栄養不良・脱水傾向の早期発見、他疾患の悪化予防 ・制限の指示等収集した情報は各担当者に周知 ・**地域活動等参加**時のリスクをあらかじめ検討、対策→「目標設定」 例）糖尿病、弁当付き花見に参加したい ⇒主治医への事前相談→『主食控え普通食の摂取可』の指示確認→参加可 →医師、セラピスト等の評価を基に、支援の必要性を見極める。安全な摂取援助の方法を検討。今後の変化時の対応（受診の時期等）を決めておく ★注　**誤嚥性肺炎・排痰困難**による呼吸困難を引き起こすリスクが高い。 ※リスク回避のポイント ・家族含めたスタッフ間の情報交換を密にする。記録等 ・サービス内容の変更(訪問介護→訪問看護等）を念頭に置く ・**吸引処置**が必要な時期を見極める。（主治医、訪問看護等に確認） ⇒吸引の手技、吸引器の調達、使用方法等の家族指導や支援の必要性検討 →※歯科・口腔の手引き「健康は歯から」を参照 →客観的な栄養評価が可能。入手可能な時期（健診、退院直後‥）を知る
清潔管理 **入浴 ・身支度**	●入浴や身支度、住環境等の「清潔な暮らし」　**指示の有無** 〈指示が有る場合〉 ・**関係する病名**・病状、治療方針（服薬との関係等） ・**入浴可能**な血圧･入浴時間、方法(浴槽のまたぎ‥）、援助方法 ・感染症の有無と予防方法 ・**皮膚や口腔のトラブル**の有無、治療の有無 ・整容、着脱**動作の障害**の有無、程度、患側の確認	●『清潔な暮らし』の課題分析。 例）心疾患⇒入浴や布団干しなどの生活と適切な運動量、条件を確認し課題とする 喘息⇒カビ、塵の除去の必要性あり→ヘルパーへ掃除の目的を周知する 高血圧⇒デイで入浴前の血圧が高く入浴できる日が少ない →血圧を医師に報告し相談する（食直後の入浴を避ける） →入浴時における個人の課題を抽出して、報告・相談する ・感染(+)は介助者及び他者への感染を防ぐ、またそれに必要な備品等知る ・専門医受診を見極め、処置の頻度によりサービス導入検討。虐待の早期発見 →情報周知で意欲低下予防　例）入浴拒否→片麻痺（痛み＋）で着脱つらい
排泄管理 **排尿･排便**	●排便、排尿の**日常の状況**、尿意･便意の有無・排泄トラブル等**の有無** [**排便**]形状、色、性状、量、排便回数、**服薬状況等の確認** ・便秘や下痢を引き起こす疾患や薬など要因と下剤調整の**指示の有無** ・肛門周囲の**皮膚トラブル、じょくそう**の有無 [**排尿**]色、量、排尿回数/日、服薬確認[**治療薬との関係**]等 ・排尿トラブルを引き起こす**疾患や薬**、**水分摂取**状況等要因の有無 ･排尿頻度・量の過少、痛みや浮腫、発熱、意識レベル等の症状の有無	●『排泄』の課題分析　※排泄パターン、習慣なども加味し課題を抽出 →※居宅薬剤アセスメント表を参照 →医師への相談時は把握した状況、経過を報告。受診必要な場合の支援 ・薬の変更や調整、浣腸の適応、看護師等の専門職による排便コントロール ※医療行為「摘便」「医療用浣腸剤使用」は訪問介護サービスで対応不可 →専門医(泌尿器科）受診の相談や見極め、悪化予防、水分･服薬等コントロール ・尿路感染症等再発の可能性が高いので周知が必要 ※尿量減少、脱水、意識レベル低下時は塩分の摂取状況も確認する

Ⅲ［ステップ２］ 個別の医療リスク（医療ニーズや状況）がある場合

Ａ 特別な医療（医療処置など）に関わる情報

（１）共通　（２）個別　①栄養管理
②呼吸管理
③排泄管理

●介護支援専門員が関わる**こころがまえ**
・本人や家族の自己管理能力評価が重要である。その結果から支援の必要性を判断する
・チーム医療が導入されれば、共有すべき情報を確認し、連携機能を発揮させる

（１）共通

		情報入手時のキーワード（問合せでおさえるべきポイント）	情報の活用・目的等（その情報はなぜ必要か）
共通	健康状態	①「特別な医療」（処置や機器）が**必要になった理由と根拠** ②今後予測される**病状の変化**、異常発見・医師等への**報告ポイント** ・観察、記録・伝達すべきポイントと方法等 ③訪問診療/看護/服薬管理やリハビリ導入の**必要性と時期** ④定期通院の必要性、頻度、方法	→**現状分析）**導入理由から今までの生活と「異なる点」を確認し、在宅生活の見通しをたてる →**リスク管理）**生活チェックポイント。変化を予測し、関係者へ周知（早期発見・予防） ・情報共有、伝達の方法を確認し関係者周知しておく →**支援評価）**自己管理能力の評価から、サービス導入の必要性を検討 →**病状管理）**受診頻度の確認から、支援の必要な場合の対応や調整
		⑤**トラブル・緊急時**の対処方法と連絡先・入院先	→**緊急時予測、リスク管理）**迅速に対応できる。在宅開始時の本人等の不安解消 ・いつでも入院・受診できるという安心感が在宅開始や継続の原動力となる）
	心身機能	⑥「特別な医療」が本人の**心身**に与える影響 ・**身体**の具体的機能の障害、改善の可能性 ・ストレスなどの**精神的**影響（本人の理解、受け止め方含む） （ストーマ管理、定時処置などによる**生活変化が大きい**）	→**障害・リスク）**定時処置による生活パターン変化。自己管理能力含め必要な支援検討 ・自己管理能力に必要な情報：下記の背景の項参照 例）通所サービス拒否の理由が実はストーマ交換のわずらわしさや不安であった →「デイ看護師で日中の支援が可能」と説明することで利用再開できた。
	活動・参加	⑦本人の望む暮らしに対する活動・制限の**有無** 各々場面に応じた可能性、範囲。（より具体的に）	→**目標）**リスクふまえ、希望の実現を見極める。意欲を引き出す具体的「目標」の設定 ・特別な医療処置を日常生活パターンに入れて計画する 例）入院中に「退院後生活の意向」把握→本人や家族の意欲や決意が引き出せた
		⑧サービス利用等や自宅、地域での活動の場面で **周囲に知らせておくとよい点、悪い点などの確認。**	→**情報共有）**周囲の理解が、活動時や緊急時の配慮につながる 例）ペースメーカー装着、カロリー制限、インスリン注射等
	背景（個人・環境）	⑨個人因子 ・**本人**の疾患・障害・治療への**理解、受け止め方** ・**自己管理能力**（認知症の影響含む） ⑩環境因子 ・**家族等**の理解とその程度 （病状説明の受け止め方、**医療機器に対する理解と習熟度**） （家族の健康状態等**介護力の評価**、習熟度） ・薬剤、物品等の**調達**と管理 （医療機器、衛生材料等の**調達**、準備、**管理の時期、担当**） ・**生活環境**の評価（自宅周辺の環境や友人など人との関わり）	→**本人理解）**受容度・理解度・意欲から自己管理能力を評価し、支援の必要量を予測する →**家族認識）**理解度により、主治医等への確認、調整の必要性を検討する ・家族への追加指導や第さん者（訪問看護等）管理の必要性を判断する ・ケアチームを構成する場合、本人・家族含め役割分担を明確にする →**物品管理）**管理の時期や役割分担を明確にし、必要時のサービス（訪看等）の種類・量等の調整 →**環境評価）**住宅改修以外でも、周辺環境（人間関係・地域情報等）の把握は、具体的な目標の設定や意欲の引き出しにつながる

（２）個別

		情報入手時のキーワード（問合せでおさえるべきポイント）	情報の活用･目的等（その情報はなぜ必要か）
①栄養管理	共通	・栄養管理（胃ろう・鼻腔等）の**管理方法や手技** ・注入栄養剤の種類、保管、入手方法 ・注入方法(手技、速度・管理）・日常の器具手入れ(消毒等) ・**栄養剤以外**の注入の**有無**と**注入口**確認（薬等） ・**導入前**や**現在**の栄養状態把握、評価。（体重・ｱﾙﾌﾞﾐﾝ値等）。 ・**経口摂取の可能性**とその対応（嚥下リハビリの必要性） 「可」の場合→食形態、摂食法・リハビリ等サービス導入の指示 ・口腔ケアの必要性と方法 ・**トラブル時の対応**（チューブのつまりや抜管・皮膚トラブル等） ・排泄物（尿・便）の性状や量を確認、観察のポイント	●具体的に把握すると、伝達・周知が正確になり、管理力の評価ができる →注入は家族(訪問介護不可）。介護力、独居等から支援（サービス等）の必要性を分析 →薬剤の処方がある場合、PEGからの投与かどうか、注入方法、注入口確認し周知 →検査結果等で効果を客観的に評価。低栄養の早期発見に役立つ →「食」の楽しみは「生」への意欲を引き出す。経口摂取アプローチの可能性を確認する 例）「不可」の場合→ストレス多くなる。精神的な見守りやサポート必要。外出や他の楽しみを見つけるアプローチ、スピリチュアルケアの導入等 →誤嚥性肺炎等予防が可能。清潔な生活習慣の維持 →※各項参照 →脱水の有無や体調変化、栄養状態を把握。⇒※ステップ１Ｂ主な生活場面参照
	胃・空腸ろう造設（ＰＥＧ）	・**チューブ交換**の時期と頻度、方法 ・トラブル時の対応 ・**チューブ閉塞**時、チューブ**抜去**の危険性とその対応方法 （**抜去時応急処置**に必要な物品準備、再挿入時の対応等) ・ＰＥＧ周囲の皮膚トラブルの対応や相談窓口 （**皮膚･排泄ケア認定看護師**[ＷＯＣＮ]）等の関わりの必要性 ・**合併症**確認（例：胃･食道逆流、バンパー埋没症候群、下痢） ※ＰＥＧ(Percutaneous Endoscopic Gastrostomy経皮内視鏡的胃ろう造設術)	●交換時期が近くなるとトラブル多い。時期の周知はトラブルを予測･回避できる 例)バルン型の場合･･･蒸留水交換不備により抜管の危険性がある ・交換担当医（往診医または病院医）の確認で必要サービスを検討。通院支援等 →対応方法（再挿入時、受診か在宅か）を周知しておくと緊急時スムーズに対応できる ・数時間で胃ろうは閉鎖。応急手当必要。物品の確保、迅速な対応・連絡必要 →対応や予防方法を知ることで家族の日常の不安を解消し、早期対応が可能 →専門医受診、専門看護師（WOCN）への早期相談・対応、必要サービスの調整、伝達 →合併症の知識を知ることで医師等への報告・相談がスムーズにできる　例）経腸栄養は下痢多い
	鼻腔栄養	・本人の**意識状態、理解力、精神的ストレスの有無** ・家族の管理能力 ・トラブル時の対応、連絡先 ・**鼻腔チューブの抜去、閉塞**の可能性と対応方法 ・チューブ固定による**皮膚トラブル・圧迫壊死**の観察 ・下痢･便秘時の対応 ・**気管内分泌物**の増量の有無	●チューブ抜去のリスクがＰＥＧより高い。他の栄養法の検討が必要な場合もある →家族の観察、手技のレベルに合わせて、指導の内容やサービス量の検討をする →抜去時の対応方法、閉塞の兆候を把握して、適切な対応を行う →固定場所（鼻翼・頬部）や固定テープの変更が必要な場合がある →下痢は、消化管炎症の可能性（栄養剤の不適合、濃度・速度・鮮度、チューブ汚染等） 便秘は、注入水分の不足、不適切な注入物の可能性等を予測する →栄養剤逆流、誤嚥性肺炎の可能性高く医師等に相談。（→胃・腸ろう造設の必要性大）
②呼吸管理	在宅酸素療法（ＨＯＴ）	・酸素投与器具の種類（鼻ｶﾆｭｰﾗ、ﾌｪｲｽﾏｽｸ、ﾍﾞﾝﾁｭﾘｰﾏｽｸ) ・酸素チューブ管理の注意点 ・日常**生活活動**に応じた酸素の**指示量** ・酸素流量による、二酸化炭素の蓄積の危険性について ・**機器の種類**（酸素濃縮・液化酸素装置）確認⇒酸素供給業者 ・**携帯用酸素ボンベ**の確認、取り扱い方法 ・緊急時やトラブル時の対応 ※ＨＯＴ（Home Oxygen Therapy　在宅酸素療法)	→生活場面に応じた指示量を確認し、周囲へ周知することで本人の望む暮らしを計画する →周知により危険回避できる →安全確保。設置場所･スペース･電源等住居環境や移動範囲等を設置業者に伝達 →外出時のみでなく、停電（災害時、日常のブレーカーやコンセントトラブル）等も想定し、 携帯用ボンベの準備・取り扱いを確認する。本人以外への周知も必要

		情報入手時のキーワード（問合せでおさえるべきポイント）	情報の活用･目的等（その情報はなぜ必要か）
③排泄管理	膀胱留置カテーテル	・尿（**性状･色／量**）の観察・尿量**測定・記録**	→病状管理、予防目的。（継続した記録から異常の早期発見、スムーズな情報発信） 例1）尿量少ない⇒脱水、肺炎、心･腎機能の低下の可能性 例2）尿量過多（普通は1.5～2L/日）⇒水分過量投与の可能性（心不全等の危険性大）
		・**日常の管理**と役割分担 ・尿を捨てる場合の方法、注意、支援の必要性 ・入浴時の処置、消毒方法等 ・**尿道口周囲のケア**等	→必要な日常ケアの役割分担を確認しプランに明記。サービス評価が可能 基本は本人・家族。その習熟度を確認、必要時はサービス導入検討 例）デイ利用して入浴する場合 介護スタッフ⇒入浴時の陰部洗浄（カテーテル注入部、尿道口周囲） 看護師　　⇒入浴前後の処置（蓄尿袋やカテーテル部の消毒等や全身管理）
		・留置カテーテル交換時期・頻度、方法（物品調達含む）、交換担当医の確認	→交換時期にトラブル（つまり・抜管）多い。時期確認し、観察･情報共有でスムーズに連携 例）交換医：主治医、専門医・泌尿器科医、病院医→男性の場合は、泌尿器科医が多い
		・トラブル時の対応 ・**尿路感染**予防の留意点	→長期留置では尿路感染は必発。無症候性細菌尿もある。予防を目標にケアプラン作成
		・その他の合併症、症状で留意すべきこと	→合併症予防のため。びらん等皮膚疾患等は早期対応必要 例）合併症：カテーテル閉塞、紫色蓄尿バック症候群、膀胱･尿道びらん、膀胱結石等
		・異常発見時、緊急時の連絡先確認と対応方法 （報告事項：抜去した時間、オムツ内尿漏れ、血尿の有無等）	→トラブル時（カテーテルのつまり、自己・事故抜等）はスムーズに対応。再発予防 ・緊急時の交換医：上記交換医と異なる場合もあるので確認する
		・自己導尿、抜管へ移行する**可能性の有無**(疾患による)	→ＱＯＬ向上の為、その可能性を確認する（間欠的自己導尿の意義、適応疾患の確認）
	尿路系・消化器系ストーマ（ストーマ管理）	[共通] ・ストーマ関連の用品調達、**交換担当者**の確認と習熟度評価 ・必要用品の調達、交換頻度・ストーマ装具の交換時期･時間 ・ストーマ周囲の**スキントラブル**の対応や相談の窓口 ・専門医、**専門セラピストの関与** （ストーマ療法士［**ET**］、皮膚･排泄ケア認定看護師[**ＷＯＣＮ**]） ※ＥＴ　⇒Enterostomal Therapy ※ＷＯＣＮ⇒Wound Ostomy and Continence Nurses	→交換の基本は本人・家族。その習熟度を確認し、必要時はサービス導入を検討 →交換のめやすを示し、自己管理及びサービス導入必要時の時間帯を検討 ・用品等の調達方法を本人･家族に指導できる →相談窓口の確認により、緊急時でなくてもスムーズな相談や受診判断が可能 （窓口例：主治医、訪問看護師、専門セラピスト等） ・専門医・専門セラピスト：専門医[皮膚科、形成外科、泌尿器科など] ストーマ外来[担当専門医、専門看護師のＥＴ・ＷＯＣＮなど]
		・**尿路系**ストーマ（人工膀胱）　・**夜間､就寝時**の袋交換の必要性を確認 （夜間用の使用について理解･習熟度など）	･夜間長時間トイレに行かないため蓄尿袋に交換する。袋の位置等も含め環境評価する 例）蓄尿袋使用時、管等がねじれないようベッドの位置や向きに注意する
		・**消化器系**ストーマ（人工肛門）　・**ストーマタイプ**による便性コントロール ・ストーマ装具の適切性確認 ・**食生活**の状況	・タイプ（結腸・回腸ストーマ等）により便性が異なる。ストーマ装具の適切な選択が必要 例）回腸ストーマは消化酵素を含む水様・下痢状便となるので、イレオストミー用ストーマ袋を使用する ・食べ物により、便性が軟～硬性と異なる ・必要により、規則正しいバランスのとれた食生活がとれるように提案する

B　じょくそうに関わる情報

●介護支援専門員が関わる**こころがまえ**

・じょくそうの「できやすさ」など、本人の全体像から情報を収集する
・発生している場合は、主治医、専門セラピストなど医療チームとの連携で早期治癒をめざし、再発予防をこころがける
・発生がない場合も、予防的視点で早期発見に努める

	情報入手時のキーワード（問合せでおさえるべきポイント）	情報の活用・目的等（その情報はなぜ必要か）
健康状態	①　じょくそうの今の状態と発生要因の確認。**できやすさの条件の有無**。 ［発生時］　・状態把握→**部位、ステージ（深達度）、大きさ、色、湿潤、炎症等** ・治療方針や処置方法等共有、周知すべきこと ﾎﾟｲﾝﾄ　・**できやすさの条件**とは？ じょくそうに影響する**内的要因の有無**と評価 じょくそうの既往、浮腫等他疾患との関連性 感染症、精神疾患、認知症などの有無 ②現疾患の病状、改善・悪化の可能性 ③医師、看護師との連絡方法確認、観察チェックポイント。 ④**専門医、セラピスト**との連携：時期や通院、往診の必要性と頻度	→**現状分析）**早期発見や治癒を目標にサービス計画立案。治療方針の周知 →**支援評価）**治療への自己管理能力からサービス導入の必要性を検討 →内的要因（栄養状態・むくみ・知覚障害・体動能力‥）から、複合要因を検討 ・食確保、管理、居宅療養管理指導（栄養指導）の必要性検討 →**リスク管理）**現疾患との関連、改善・予防の適切なケア目標の設定 →**病状管理）**受診頻度の確認から、支援必要な場合の対応や調整 →専門医（形成外科、皮膚科等）、皮膚･排泄ケア認定看護師（WOCN）との連携
心身機能	⑤じょくそうに影響する麻痺等の身体障害の状況・程度、改善の可能性 ﾎﾟｲﾝﾄ　・**痛み、知覚障害、体動・可動域制限の程度** ・座位保持、体位交換の現状の把握（**方法や時間**） ・発生や悪化につながる廃用性症候群の有無 ・皮膚の状態と清潔保持に向けたケア内容の確認 ［発生時］　・じょくそうが影響する精神的ストレスへの影響など	→**障害･リスク管理）**福祉用具の必要性、利用による改善の可能性検討 ・座位時間確保や体位交換による悪化、改善の予防 ・リハや運動によって改善可能か検討 ・皮膚の状態によって適切なケアを実施 ・発生時には痛み、かゆみ、違和感のストレスをキャッチ 例）座位が長くなると痛み増強するためデイの利用を拒否することがある
活動・参加	⑥本人の望む暮らしの制限の有無、可能性、範囲と留意点 ﾎﾟｲﾝﾄ　・リハ、機能訓練などの必要性、**改善の可能性**、**本人の意欲** ・活動や参加時のじょくそうの影響。入浴時のケア方法や条件	→**目標）**リスクを回避し、生活意欲を引き出す具体的「目標」を設定 →情報共有：本人の意欲・活動の低下を回避できる 例）デイ等の利用拒否→立ち上がりの言葉がけ増加等のケアの工夫を提案する
背景（個人・環境）	⑦個人因子 ﾎﾟｲﾝﾄ　・**本人の**疾患・障害・治療への**理解、受け止め方** ・**自己管理能力**　（認知症の影響含む） ⑧環境因子 ﾎﾟｲﾝﾄ　・影響因子確認（**圧迫･湿潤･摩擦やズレ･内的要因**） ・住環境の適切性 ・**福祉用具選定**の条件 （エアマット、体圧分散マットやクッション、車椅子･ベッド等） ・**家族等**の理解とその程度（処置等（医療面）の介護力等） ・処置内容、ケアの分担（薬剤、衛生材料等の調達と管理、処置）	→**本人理解）**受容度・理解度・管理能力・意欲を評価し、支援の必要量を予測 →**環境評価）**評価の結果から、住宅改修や適切な福祉用具等の選択もしくは状況の改善、ＡＤＬ向上の可能性を検討 →本人のADL･意欲向上、家族介護負担の軽減を考慮した福祉用具の選定 例）ＡＤＬ評価にてベッドやマットレス、座位環境から車椅子やクッションの適切性を検討 →**家族認識）**介護力の評価により支援の種類や量を検討 ・家族への追加指導や第三者（訪問看護等）管理の必要性を判断する ・ケアチーム構成する場合、本人・家族含め役割分担を明確にする ・サービス内容の調整、具体的な処置方法(使用薬剤等）周知、役割分担

C　ターミナルに関わる情報

●介護支援専門員が関わる**こころがまえ**
・チームケアのまとめ役としての役割、責任を持って冷静に対応する
・日々変化する本人や家族の精神面でのサポートに配慮する
・家族の要望などに応じ、死後もその対応や調整にできるだけ協力する

（１）共通

（２）ステージ

1）ここでいうターミナルは、「がん」疾患に限定。病院から在宅への移行期、変化の大きい時期の情報収集についてまとめた
2）病状とケアマネジメントの段階をステージで表現。終末期前6ヵ月以上・ターミナル前期（６ヵ月以内、3ヵ月前後）
・中期（3ヵ月前後、1ヵ月）後期（数日前）死亡直前期（数時間）・臨終期として整理した。〔参考：緩和ケアマニュアル淀川キリスト教病院ホスピス編
3）共通項目（①～⑦）は、ステージに関わらず、ケア導入開始にあたり全てのケースに共通に必要な情報である
⇒①～⑦の情報を得た上で、各時期に応じた情報を加えケアプラン原案を作成する

（１）全ステージ共通

在宅ケアのステージ			情報入手時のキーワード（問合せでおさえるべきポイント）	情報の活用・目的等（その情報はなぜ必要か）
がんケアの全ステージ（ケア導入期）	初回面談	ケアマネジメント準備期	① ステージの把握、現在の病状等、 ターミナル期含み、生命予後６ヶ月以上、臨終期後含む 「在宅がんケア・ケアマネジメント」の段階を把握。	→現在の状態（ステージ）の正確な把握・分析から、ケアプラン原案作成 ・不安のない円滑な在宅の受け入れ（適切な福祉用具選定含む）を準備
	（退院時カンファレンス）		②告知の**有・無　内容**（病名、病状、治療方針、今後の見通し） ③延命治療について（**何処まで望んでいるか又は望まない理由**）	→受容度評価し、精神的サポートの必要性、導入検討 例1）スピリチュアルケア（カウンセラー、チャプレン等設置の有無を確認） 等導入で、本人や家族、スタッフへの精神的支援も可能になる。
			④本人、家族の**受け止め方**	・病状・治療等の説明・理解「ずれ」等確認。家族含めスタッフ関係者への申し合わせ一貫した対応の周知を図る
			⑤急変時の対応と**受け入れ病院**の確認	→急変時の迅速な対応準備。在宅開始時の安心と生活意欲を確保できる。 ・いつでも入院できるという安心感が在宅開始や継続の原動力となる
			⑥在宅生活**維持の条件**が整っているか確認 **家族の介護力**評価 （本人・家族、ケアスタッフの在宅への意志、準備等） （退院時、自宅への移動で手配･留意することも含む）	→家族もケアスタッフ一員として参加必要。その他の条件もあわせ在宅維持可能かどうかの見極め、退院時の安全確保の支援（看護師、MSW等と連携） ・必要な時、必要なサービスの内容・量・連携調整・役割分担等明確に
	（退院直後）	開始期	⑦**退院直後**の本人・家族の**不安感、状況変化など**把握 （サービスの適切性等評価、足りない医療情報の確認）	→必要な情報やサービスの種類、量についての微調整。訪問看護や在宅主治医との連携・役割分担を再確認 ・退院直後は、とくに生活が計画イメージと異なることが多い。

（２）在宅における“がんケア”のステージ

生命予後と在宅ケアのステージ			情報入手時のキーワード（問合せでおさえるべきポイント）	情報の活用・目的等（その情報はなぜ必要か）
	6ヶ月前後～（QOLの維持）	ケアマネジメント維持・変化期	・本人の望む生活、**生きがい**・旅行の希望、 ・主治医、受診日、受診方法、付き添いの必要性 ・**訪問医療、訪問看護の導入**の必要性、通所系サービス利用の希望 ＡＤＬ状態　身体保清、入浴方法	●人生・生活の質（QOL）を考え、有意義な援助計画を立案、支援する →安全な受診体制の確認。医療側と本人家族のニーズのすり合わせ。 ・安全な活動手段、方法を知り福祉用具の活用や住宅改修を検討する
前期ターミナル（数ケ月）	3ヶ月前後（緩和ケア）		・訪問医療、訪問看護**導入期**につき、選択のポイント ・主治医から**訪問医療**へ紹介、主治医の役割と連携 ・主治医、訪問看護、ケアマネジャー、の役割の確認と**連携** ・栄養状態の評価（経口摂取量、食形態、補助食品、強制栄養など） ・病状　、がん転移や検査の必要性の**有無** ・**ADLの再評価**　（看護、介護の留意点） ※咳　痰　浮腫、便、尿、嘔気、嘔吐、褥創、脱水‥ ・癌性疼痛の治療経過（麻薬　鎮痛剤　座薬使用、使用方法）	●本人の不安が増強する時期。不安軽減のためには、精神的サポートや適切な医療サービスの導入・調整、病院と在宅との医療連携を円滑にする。 →医療、看護、介護の円滑なｻｰﾋﾞｽ導入と同時に、役割分担を明確にする ・低栄養、脱水の改善の可能性を知る ・病状の経過を把握して、新たなニーズの把握をする →看護、介護方法の統一を図り、事故防止をする ・福祉用具を検討して導入する（入浴、排泄、移動関連用具） ・病状の悪化進行の観察の視点を知る ・緩和ケアとして、創意・工夫したサービスを提供する
中期ターミナル（数週間）	１ヶ月以内（チームケア）		・**看取りの場所**の最終確認、 在宅か・病院か（**受け入れの再確認**、搬送方法、付添い人） ・医療系サービス（訪問医療･看護‥）必要な訪問回数の確認 ・栄養状態、経口摂取量、食形態、点滴　補助食品の選択	●円滑で且つ密度の高いチームケアの編成をする ・緊急体制を周知徹底する →急変の予測を立て、臨終時の後悔、反省を少なくする →現在の介護が事故や死に直接の影響はないか検討する
後期ターミナル（数日）	数日前（死の受け入れ準備）	終末期	・**「死」**が近い事を家族に知らせる**タイミング** ・医師、スタッフの**24時間対応の可否**再確認 ・医療機器（**吸引**、尿留置ﾊﾞﾙｰﾝ、酸素吸入、点滴‥）搬入の連携先確認（取り扱い方法、留意点、誰が何時、行うなど） ・**家族ができる**臨終に向けての**観察と報告**について ・**絶食**が必要になる時期とその指示	●医師等の情報を得ながら、家族が臨終期を受容できるようサポートする →家族の「死」の受け入れと、心身両面での介護疲労の対応をする →特別な医療機器を確保し、安全な取り扱い、責任の所在を確認し事故を防止する →医療スタッフの一員として家族参加の可能性を評価 →誤嚥等介護事故防止。家族や関係者に看取られ安らかなお別れへの配慮
直前期死亡（数時間）	数時間前（看取りのケア）	臨死期	・**連絡の順位**再確認 ・臨終が近いと予測される状態像や変化の状況を知っておく ※意識レベル、呼吸状態、顔色、体温、血圧、脈拍‥	●本人、家族、関係者が満足した臨終場面を迎えられるよう連携を強化する →元職に関係なく、臨終に近い状態像の知識や情報を得ることは、臨終が近いことを冷静に認識できる。医療スタッフと連携し、チームの一員として家族・関係機関への連絡・支援等行う 例）家族中心の看取りケアとなる。臨終の状態・知識の情報提供・助言等
	臨終期	死別期	・死亡確認と死後の処置、対応 ・**死亡時間、臨終時の状況確認** ・**遺族**の心身の変化の把握とケアの必要性	→死後処置は看護師等が行うが、家族の意向（家族参加の希望等）に配慮 →臨終期の情報で家族の求めに応じ、助言や精神的支援、関係者へ連絡 ●死後も家族の状況に応じ可能な範囲で支援する（家族へのグリーフケア） 例1）遺族にうつ症状ある場合地域包括紹介→特定高齢者・訪問型導入等）

（参考：ターミナルステージ・生命予後は「緩和ケアマニュアル」　淀川キリスト教病院ホスピス編より）

連携に関する資料

《リハビリテーションに関する用語》

Ⅰ．リハビリテーションの国際定義
（1982年　国連「障害者に関する世界行動計画」による定義）

『リハビリテーションとは、身体的、精神的、かつまた社会的に最も適した機能水準の達成を可能とすることによって、各個人が自らの人生を変革していくための手段を提供していくことを目指し、かつ時間を限定したプロセスである。』

ポイント①到達目標を「最高レベル」ではなく、その人に「最も適した機能水準」の達成とした。
②「最も適した機能水準」はその人自らが決定するものであり、専門家はその際必要な援助・支援および情報提供等を行うこととなった。
③リハの時間を限定した。

Ⅱ．ＩＣＩＤＨ
「障害」（「人が生きることの困難」）というマイナス面の分類
「医学モデル」
「障害」＝「機能障害」+「活動制限」+「参加規制」の３者を統合した包括概念

Ⅲ．ＩＣＦ
人が生きていくための機能全体を「生活機能」としてとらえ、生活機能に大きな影響を与えるものとして、「疾患」（健康状態）に加えて「背景因子」（環境因子）と「個人因子」を導入。
疾患と背景因子との複雑な相互作用の結果として、生活機能上に種々の変化が生じる、という「相互作用モデル」です。
「生活機能」＝「心身機能・構造」+「活動」+「参加」の３者を統合した包括概念です。

《主な機能評価法》

ＦＩＭ：functional Independence Measure(機能的自立度評価法)

○脳卒中をはじめ、大腿骨頚部骨折などの骨関節疾患、関節リウマチなどの疾患によらず、全ての障がい者に使用可能な指標です。また、信頼性･妥当性に優れたＡＤＬの評価尺度として、世界的に使用されており、リハビリ医療の分野における標準的な評価尺度となっています。
○ＦＩＭは“できるＡＤＬ”ではなく、“しているＡＤＬ”の測定法であり、動作をさせての採点ではなく、実際場面でどのように行っているかを観察して、採点します。
○具体的には、“運動ＡＤＬ”１３項目と“認知ＡＤＬ”５項目の全１８項目から構成され、それらを７段階で評価します(最低１８点、最高１２６点)。
○ＦＩＭ　１点＝介護時間１．６分、ＦＩＭ１１０点＝介護時間０分として計算
１週間以内に FIM 得点が１０点以上低下するような状態を”**急性増悪**”とみなせるとされています。

	評　価　項　目		内　容　（　要　点　）
運動	セルフケア	食事	咀嚼･嚥下を含む食事動作
		整容	口腔ケア・手洗い・洗顔・整髪など
		清拭	風呂･シャワーなどで、背中を除く首から下を洗う
		更衣・上半身	腰より上、義肢装具の装着含む
		更衣・下半身	腰より下、義肢装具の装着含む
		トイレ動作	衣類の処理・排泄後の清潔・生理用具使用
	排泄コントロール	排尿管理	器具や薬剤の使用を含む
		排便管理	器具や薬剤の使用を含む
	移乗	ベット・椅子･車椅子	それぞれの間の移乗、起立動作含む 〃
		トイレ	便座へ/からの移乗
		浴槽・シャワー	浴室・シャワー室へ/からの移乗
	移動	歩行・車椅子	屋内歩行または車椅子移動
		階段	１２～１４段の昇降
認知	コニュニケーション	理解	聴覚･視覚による理解
		表出	言語的/非言語的な表現
	社会的認知	社会的交流	他者との交流、社会的状況への順応
		問題解決	日常生活上の問題解決・適切な決断
		記憶	必要な情報の記憶

採点基準		介助者	手出し	
7	完全自立	不要	不要	
6	修正自立			通常以上の時間、要補助具、安全性の配慮必要
5	監視･準備	必要		監視・口頭指示・促し
4	最小介助		必要	７５％以上自分で行う、手で触れる程度の介助
3	中程度介助			５０％以上自分で行う
2	最大介助			２５％以上自分で行う
1	全介助			２５％未満しか自分で行わない

『脳卒中地域連携パス―泉州版―Ver.１.１　運用マニュアル〈医療･介護関係機関用〉』より

ＢＩ：Barthel　index　(バーセル指数)

１９６５年に開発されて以降国内外においてＡＤＬ評価法として数多くの研究に用いられてきました。採点は簡便ですが、その反面評価尺度が粗いことや項目のなかで認知面の項目が含まれていないなどの問題があります。

評価項目	点数	評価内容	
食事	１０ 5 0	自立 部分介助 全介助	標準的時間内で食べ終える。自助具使用可。食物を切る。調味料使用。 食物を切る、バターを塗るなど、何らかの介護を要する。
移乗	１５ １０ 5 0	自立 最小限介助 移乗介助 全介助	起坐・坐位・移乗の全てが自立。車椅子の処理を含む。歩行自立含む。 上記いずれかの段階で最小限の介助、何らかの指示、監視が必要 起坐・坐位は可能も移乗に介助が必要 全介助または不可能
整容	5 0	自立 介助	手洗・洗顔・整髪・歯磨き・髭剃り・化粧ができる。準備を含む。髪型セットを除く 部分介助または全介助
トイレ動作	１０ 5 0	自立 部分介助 全介助	便器移乗、衣服操作、後始末など全て自立 体を支える、衣服操作、後始末などに介助を要する 全介助まはた不可能
入浴	5 0	自立 介助	浴槽使用でもシャワーのみ使用でもよい。洗うことも自立 介助または不可能
移動平地歩行	１５ １０ 5 0	自立 部分介助 車椅子 全介助	４５m以上歩行、車輪付歩行器・車椅子を除く補助具使用ＯＫ ４５m以上部分介助・監視で歩行、車輪付歩行器を含む 歩行不能の場合、車椅子で４５m以上の操作可能 上記以外
階段	１０ 5 0	自立 部分介助 不可能	手すりの使用有無は問わない 介助や監視を要する 不可能、実施困難
更衣	１０ 5 0	自立 部分介助 重介助	全ての衣類着脱が実用的、靴・装具含む。ボタン・ファスナー含む。 少なくとも５０%以上を自分で、標準的な時間内でできる。 上記以外
排便コントロール	１０ 5 0	自立 部分介助 全介助	随意的排便可能、失禁・失敗なし、坐薬・浣腸を含む 時に失禁･失敗あり、坐薬･浣腸使用に介助必要 上記以外
排尿コントロール	１０ 5 0	自立 部分介助 全介助	昼夜を問わず随意的排便可能、採尿器などの取扱いも自立 時に失禁･失敗あり、採尿器などの取扱いに介助必要 上記以外

ＦＩＭ運動項目およびBarthelindex総得点のもつ意味

ＦＩＭ	Ｂａｒｔｈｅｌ	自立(介助)レベル
９１点～	１００点(満点)	応用歩行・ＡＤＬ完全自立
８０点台後半		応用歩行自立・ＡＤＬ完全自立
８０点台前半	９５点	歩行・ＡＤＬ自立
７０点台	９０点	歩行自立・ＡＤＬセルフケア自立
６０点台後半	８０点	歩行監視、ＡＤＬケア自立～一部監視
６０点台前半	７０点	歩行軽介助、ＡＤＬケア自立～一部監視
５０点台	６０点	歩行中程度介助、移乗自立、ＡＤＬセルフケア監視～軽介助
４０点台	４５点	歩行最大介助、移乗、ＡＤＬセルフケア監視～軽介助
３０点台	２０点	歩行不能・大部分のＡＤＬセルフケア中程度介助
２０点台	１０点	歩行不能・大部分のＡＤＬセルフケア最大介助
１０点台	０点	歩行不能、すべてのＡＤＬセルフケア全介助

ＦＩＭ短縮版（miniＦＩＭ）

本来のＦＩＭの有する運動１３項目について、その臨床的重要性、難易度の分布、カテゴリーをもとに７項目(食事、清拭、更衣下半身、排尿コントロール、ベット・椅子・車椅子移乗、歩行/車椅子、階段)を選択し、短縮版として評価の妥当性を検証したものです。

ｍＲＳ：modified　Rankin　Scale

Grade　０　　　：全く症状なし
Grade　１（Ⅰ）：症状あるが、特に問題となる障がいなし(日常生活可能)
Grade　２（Ⅱ）：軽度の障がい(以前の活動困難も、介助なく自分のことができる)
Grade　３（Ⅲ）：中程度の障がい(何らかの介助必要も、介助なしで歩行可能)
Grade　４（Ⅳ）：比較的高度の障がい（介助なしには歩行や日常生活困難）
Grade　５（Ⅴ）：高度の障がい（寝たきり、失禁、常に看護や注意が必要）
Grade　６　　　：死亡

＊　患者が退院するときにどのような状態かを表す指標です。０から１は完全に社会復帰できる状態、２と３は何らかの障がいはありますが、援助の必要なく自分で歩くことのできる状態、４は寝たきりではないが、生活そのものに多くの援助が必要な状態、５は寝たきり、６が死亡となります。

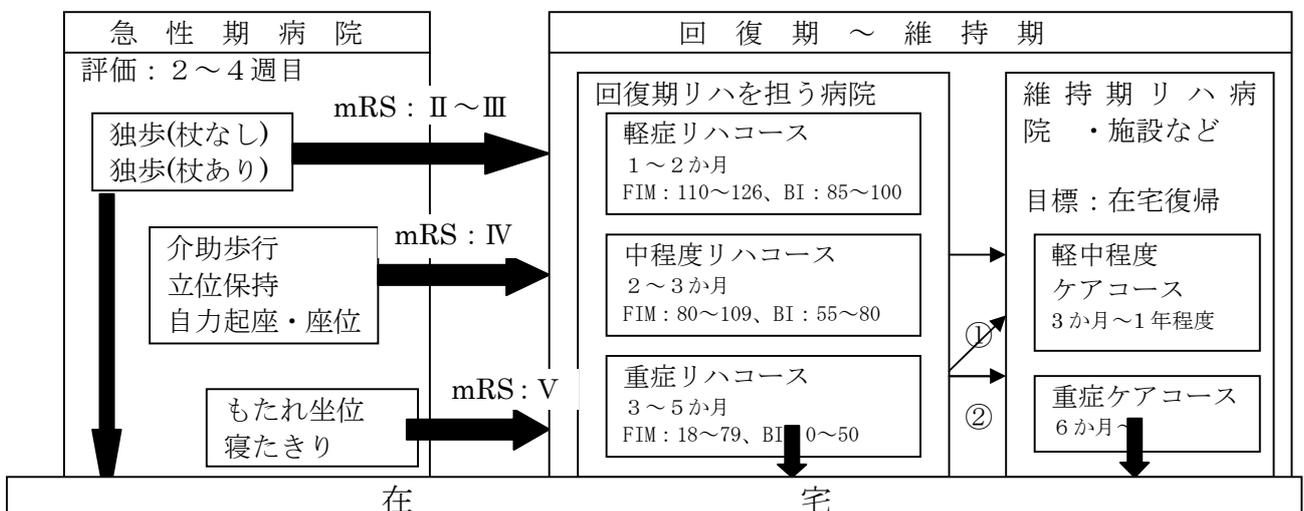
その他の評価指標

・　日常生活機能評価表
・　ＳＩＡＳ（Stroke impairment　assessment　set）

《泉州圏域における各評価の関係と在宅復帰の目安》

ＦＩＭの区分は、熊本機能病院のデーターを参考に、葛城病院、府中病院のデーターより算出

ｍＲＳ	移動能力	Ｂｌ	ＦＩＭ	リハコース
（Ⅰ） Ⅱ Ⅲ	独歩(杖なし) 独歩(杖あり)	８５～	１１０～	軽症 リハコース
Ⅳ	介助歩行 立位保持 自力起座・座位	５５～８０	８０　～１０９	中程度 リハコース
Ⅴ	もたれ坐位 （ねたきり）	～５０	～７９ （～４０）	重症 リハコース

《脳卒中地域連携パス－泉州版－　オーバービュー》＊①FIM：41 以上　②FIM：40 以下

ＦＩＭを活用した事例の紹介(豊中市モデル)

☆事例１：７５歳　男性　要介護２　妻と二人暮らし
脳梗塞後遺症(左麻痺)／左大腿骨骨折／腰椎圧迫骨折

平成１８年に脳梗塞を発症し軽度の左片麻痺が残ったが、回復期リハビリテーション病院を経て自宅へ退院。翌年１１月、外出先で転倒し、左大腿骨頚部骨折を受傷。再び回復期リハビリテーション病院に入院し機能改善した。退院後老人保健施設のショートステイを１０日間利用したのち自宅へ戻ったが、施設利用中に過介護が原因で機能が急激に低下してしまった。この時、すべての点数が低下していた。

地域リハビリテーション地域支援センターに相談が寄せられ、提案にて訪問リハビリテーションを開始したところ、1か月半後には多項目で点数が向上した。担当者会議では、活動量確保のための手段を話し合い、デイサービスの開始が決定した。

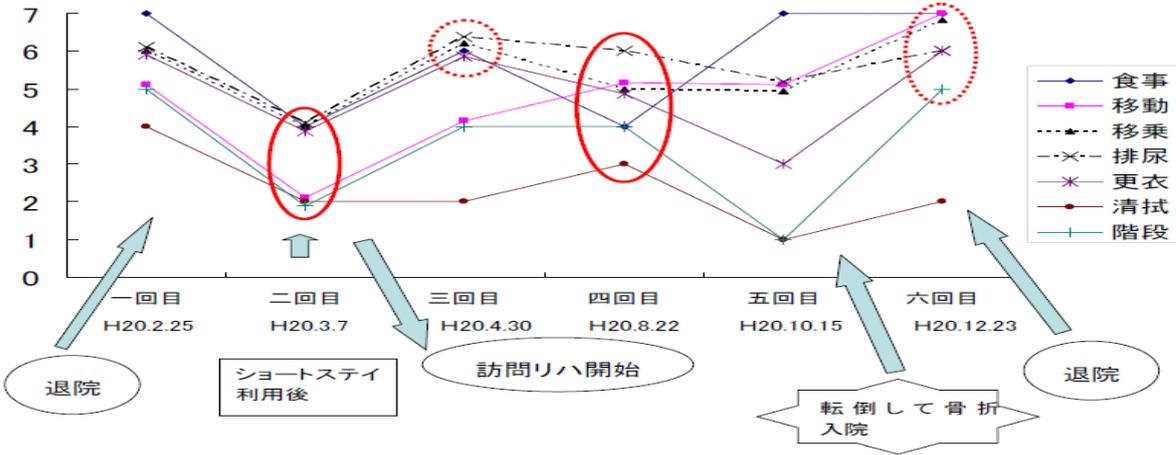
その後、デイサービスの利用も順調で機能維持していたが、暑さと精神面の不安定から歩行状態が悪化し転倒。第三腰椎圧迫骨折受傷し、急性期を経て回復期へ。退院時には、前回の退院時よりも高い点数の状態にまで回復していた。

〈事例のポイント〉

本症例は、適切な時期に介入したことで機能向上を果たせた、リハビリテーション介入効果の明確なケースである。また、最後の回復期でのリハビリテーションで高い効果を引き出すことができたのは、在宅の訪問リハビリテーション従事者と回復期のリハビリテーション従事者が協力体制にあり、十分な情報交換により良好な連携ができたためと考えられる。

また、主治医のかかわりが深く、本人の心理面での配慮、担当者に対しての適切なアドバイスが効果をあげていた。

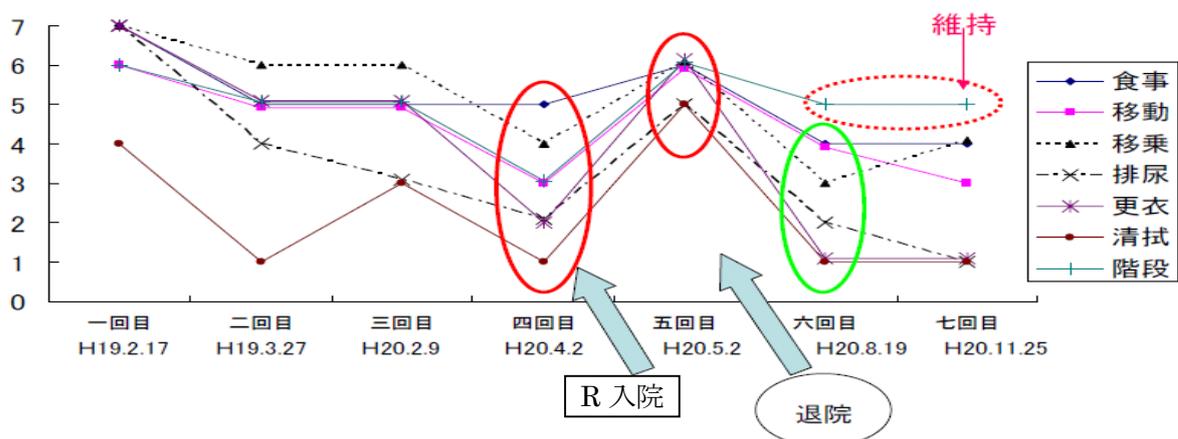
〈課題〉

転倒リスクへの対応が不十分であった。

☆事例２：８１歳　男性　要介護２　妻と二人暮らし
脳梗塞後遺症(右半身不全麻痺)

平成１８年に脳梗塞発症。急性期から回復期を経て在宅生活を送っていた。右不全片麻痺が残るもほぼ自立した生活を送り、リハビリテーションにも意欲的だった。平成１９年１１月に再度脳梗塞を発症し、急性期から回復期を経ずに自宅退院。訪問リハビリテーションと通所リハビリテーションを利用するも、身体機能の低下が見られるようになった。同年４月には移動を除くほとんどの項目が低下した。在宅医の判断でリハビリテーション医療介入し、リ･コンディショニ

ング入院の適応となった。
退院時は全項目の点数が向上していたが、三か月後には再び低下してしまった。本人の意欲低下も著しく活動量が減少したが、デイケアは休むことなく利用していた。機能低下の要因に複数の因子が関連していると分析し、入院治療は行わずに様子観察を続けた。１２月半ばには精神面の落ち着きがみられ、徐々に活動性が高くなりつつある。

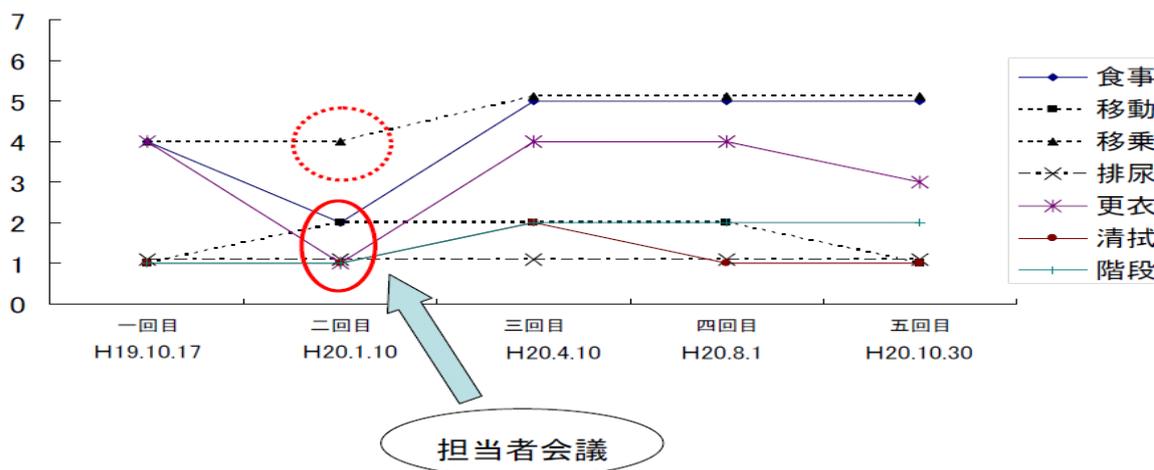
〈事例のポイント〉
リ・コンディショニング入院からの退院後、再びＦＩＭが低下したが、その低下項目のばらつきに注目した。排尿･更衣・清拭項目で低下が著しいが、最も困難な運動項目である階段の能力は維持している。生活背景も合わせアセスメントした結果、このケースは認知面の低下があり、さらに家族のかかわり方が本人の意欲を失わせていることが判明した。できる行動を“させない”行動にしているため、ＦＩＭの低下もみられたものと分析した。
本事例は、ＦＩＭ値の変化で運動機能だけでなく認知・精神面の変化を疑うことができることを示唆している。
常にかかりつけ医が在宅での生活状況を把握しており、担当者会議にも積極的に参加することで、適切な医療の介入がなされていた。主治医がチームのなかで適切な役割を果たす意義が明確になった。

〈課題〉
本人の生活背景を正しくアセスメントし、適切な調整をするためには何が必要か？との視点と退院前・後のリハビリテーションの連携方法に課題が残った。

☆ 事例３：６６歳　男性　要介護４　妻と同居　近隣の嫁が支援　脳梗塞(左麻痺)

平成１９年４月、腰部脊柱間狭窄症の治療で入院中に脳梗塞を発症し、左片麻痺が残った。回復期を経て自宅へ戻り、ヘルパー、訪問看護、デイサービスを利用して在宅生活を送っていた。在宅生活中にＦＩＭの点数は退院時より低下してきたが、担当者会議で変化の原因を分析し検討したところ、本人ができる着替えや食事を、妻が時間短縮を理由に介護してしまったという状況が判明した。点数では高度な身体能力を要する「移乗」の項目は維持しているが、食事･更衣・清拭の項目が低下しており、過介護が疑われ家族に助言を行った。更に医師への確認を経て、腰椎圧迫骨折の既往の理由で避けていた訓練内容を行うことが可能となり、その後のＡＤＬの向上につながった。

〈事例のポイント〉
点数の変化は、たんなる数値の昇降としてとらえるだけではなく、変化の要因を分析して検証

することが重要である。また簡単な動作から難しい動作までの順序を理解しておくことも原因分析の一助となる。この意味でも、主治医の担当者会議への参加は重要である。

〈課題〉
　排泄場面で介護の軽減が図れ、運動機能も向上した一方で認知面は改善せず、過活動による転倒リスクが増すという新たな問題が生じている。

～事例のまとめ～
事例１：リハビリテーション介入のポイントをＦＩＭ値の変化で察知し、リハビリテーション医療介入に繋げた事例
　　　ポイント：適切なタイミング

事例２：運動機能だけでなく、認知・精神面の変化を疑うことができた事例
　　　ポイント：排尿と運動機能の関係
　ＦＩＭ値から、家族の関係性をみることができた事例
　　　ポイント：家族が自発性を阻害

事例３：ＦＩＭ値から、家族の関係性をみることができた事例
　　　ポイント：家族の過剰介護

〈総括〉
○　介護職や介護支援専門員など、介護・福祉職でも客観的なＡＤＬ評価が可能
○　高齢者の在宅生活維持のために必要な情報を支援者間で共有することが重要
○　ＦＩＭ７項目を追跡することで、適切なリハビリテーション医療介入や介護方法の変更がある程度可能
○　どの項目がどの程度低下した際に介入すべきか、さらに検討が必要

★在宅での機能低下の評価法（提案）

　ＦＩＭ短縮版の７項目の採点で在宅維持の可否を評価するが、一律何点以下を医療に戻すと判定するのではなく、ベット・車椅子移乗、更衣動作、排泄状況などの介護支援専門員やヘルパーが日常的に遭遇する場面でのＦＩＭ点数の変化を重視して、在宅での担当者会議で総合的に判断することが望ましい。

大阪市における認知症高齢者支援ネットワークモデル事業の紹介

大阪市では、平成２０年度に、地区医師会の協力を得ながら、地域で医療の窓口であるかかりつけ医と地域包括支援センターの連携強化を中核に据えた認知症高齢者支援ネットワークの構築に向けたモデル事業を、中央区・東淀川区・城東区にて実施しましたので紹介します。

○認知症高齢者支援ネットワークモデル事業実施内容(概要)

◆定例連絡会議の開催:地区医師会と地域包括支援センター職員を連絡会議メンバーの基本としながら、居宅介護支援事業者連絡会議代表や区内介護施設、保健・医療・福祉ネットワーク推進員など、区の状況に応じてメンバーを設定。

連絡会議メンバー

区	メンバー
中央区 所属（役職・職種）	大阪市南医師会（会長・医師）、大阪市東医師会（会長・医師）、 居宅介護支援事業者連絡会（介護支援専門員）、訪問介護・訪問看護事業者連絡会（看護師　ヘルパー）、通所介護事業者連絡会（デイ職員）、認知症対応型グループホーム（施設長）、 介護老人保健施設、国立病院機構大阪医療センター（医療相談室　MSW）、 民生委員協議会（地域福祉部会長）、ネットワーク推進員、ブランチ（相談員）、 保健福祉センター（PSW　係長　事務）、区社会福祉協議会（福祉活動専門員）、 地域包括支援センター（センター長　課長　主査　スタッフ）
東淀川区 所属（役職・職種）	東淀川区医師会（理事・医師）、大阪市立弘済院（神経科精神科部長）、 訪問看護ステーション（所長・看護師）、淀川キリスト教病院（地域連携課長）、 大阪府認知症の人と家族の会（代表）、居宅介護支援事業者連絡会（幹事　介護支援専門員）、 特別養護老人ホーム（相談員）、保健福祉センター（医務保健長　保健副主幹　PSW）、 地域包括支援センター（センター長　課長　主査　スタッフ）、
城東区 所属（役職・職種）	城東区医師会（会長・理事）、地域包括支援センター（センター長　課長　主査　スタッフ）、 居宅介護支援事業者連絡会（介護支援専門員）

具体的な検討内容は以下のとおりです。

かかりつけ医と介護支援専門員の具体的連携の実態把握のため、区内居宅介護支援事業者へのアンケートを実施しました。その結果を踏まえ、地区医師会の協力を得て、かかりつけ医に対して介護支援専門員が連絡できる時間帯や認知症診断・治療・往診等の受入れ体制についてアンケート実施し、その結果を集約して、一覧表を作成しました。

また、 かかりつけ医が地域包括支援センターの機能を知る必要性について確認し、地区医師会の研修会等の機会に地域包括支援センター職員がその機能･役割について説明する場を設けました。

◆事例検討会によるチームアプローチや各々の役割の整理、認知症高齢者の状態確認のポイント整理

◆シンポジウム・講演会による区民への地域で認知症高齢者支援の必要性についての啓発

◆その他の活動

中央区：南・東両医師会による、認知症診断・治療・相談できるかかりつけ医についてのアンケート調査実施と集約

居宅介護支援事業者連絡会と地域包括支援センターによる、中央区認知症の実態把握及び医療と介護の連携についてのアンケート調査実施と集約

東淀川区：区内介護保険事業所に対し、認知症高齢者支援に関するアンケート調査の実施と集約(認知症高齢者支援の現状把握)

城東区：かかりつけ医と介護支援専門員間の連絡票の検討

○効果

かかりつけ医と介護・福祉の関係者が連携する際の課題を明らかにすることから取り組み、ケアマネタイム（かかりつけ医に介護支援専門員　が連絡しても差し支えない時間帯）の確保に

向け、地区医師会の協力を得てケアマネタイム一覧表を作成し、現在活用中です。活用できる成果物としての価値もさることながら、取り組み途上で、介護支援専門員が日頃の高齢者支援の中でかかりつけ医との連携を求めている熱意が伝わる絶好の機会となったようです。かかりつけ医からも、介護支援専門員へのエールも含め「どんどん相談してほしい」「遠慮せずに気軽に診療所に来てほしい」という声を多数いただき、相互理解が深まりました。

３区ともに平成２１年度も引き続き定例の連絡会議を継続し、今後のさらなるネットワークの充実に向けて取り組んでいくこととしています。　平成２１年度には、新たな５区において、認知症高齢者支援ネットワーク事業として、さらに拡充していきます。

区における認知症高齢者支援ネットワーク（連携体制）概念図

参考資料

《リハビリテーション施設基準(平成 20 年度診療報酬改訂)》

基 準		面 積	人 員
リハビリテーションⅠ	脳血管疾患等リハビリテーション	病院・診療所：１６０㎡以上 言語聴覚療法室８㎡以上、一室以上	①専任常勤医２名以上(1 名はリハビリテーション医療臨床経験３年以上または当該リハビリテーション医療に関する研修会、講習会の受講歴(講師歴)を有すること) ②専従常勤ＰＴ：５名以上 ③専従常勤ＯＴ：３名以上 ④(言語聴覚療法を実施の場合)専従ＳＴ：１名以上 ⑤②～④の合計で１０名以上
	運動器リハビリテーション	病 院：１００㎡以上 診療所：４５㎡以上	①専任常勤医１名以上（当該リハビリテーション３年以上経験者または当該リハビリテーション研修修了者) ②専従常勤ＰＴ：２名以上 ③専従常勤ＯＴ：２名以上または専従常勤ＰＴ・ＯＴあわせて２名以上（当該リハビリテーション研修を終了した専従 №.准看護師、専従常勤あん摩マッサージ指圧師、または柔道整復師が、医師（当該リハビリテーション経験者）の監督下に実施する場合、ＰＴの常勤とみなす。
	呼吸器リハビリテーション	病 院：１００㎡以上 診療所： ４５㎡以上	①専任常勤医１名以上（当該リハビリテーション経験者） ②常勤ＰＴまたは常勤ＯＴあわせて２名以上（当該リハビリテーション経験のある専従常勤ＰＴ１名を含む)
	心大血管疾患リハビリテーション	病 院：３０㎡以上 診療所：２０㎡以上	①循環器または心臓血管外科医師が常勤勤務 ②当該リハビリテーション経験のある専任常勤医師１名以上 ③当該リハビリテーション経験のある専従常勤ＰＴおよび常勤Ｎｒ．合わせて２名以上（いずれか一方は専任でも可)
リハビリテーションⅡ	脳血管疾患等リハビリテーション	病 院：１００㎡以上 診療所：４５㎡以上 言語聴覚療法室８㎡以上、一室以上	①専任常勤医１名以上 ②専任常勤ＰＴ・ＯＴ・ＳＴが各１名以上 ③①～③の合計で４名以上
	運動器リハビリテーション	病 院：４５㎡以上 診療所：４５㎡以上	①経験のある専任常勤医１名以上 ②専任常勤ＰＴまたはＯＴが１名以上
	呼吸器リハビリテーション	病 院：４５㎡以上 診療所：４５㎡以上	①専任常勤医１名以上 ②専任常勤ＰＴまたはＯＴが１名以上
	心大血管疾患リハビリテーション	病 院：３０㎡以上 診療所：２０㎡以上	①常勤医師 1 名以上(循環器科または心臓疾患外科担当医または当該リハビリテーション経験医) ②専従ＰＴまたＮｓ.いずれか１名以上(当該リハビリテーション経験者)
リハⅢ	脳血管疾患等リハビリテーション	病 院：１００㎡以上 診療所：４５㎡以上 言語聴覚療法室８㎡以上、一室以上	①専任常勤医１名以上 ②専任常勤ＰＴ・ＯＴ・ＳＴがいずれか１名以上

《基準点数と算定日数上限の改訂(平成 20 年度診療報酬改訂)》

＊点数は１単位についてのもの。１単位＝20 分

	脳血管等	運動器	呼吸器	心大血管
算定日数	180 日	150 日	90 日	150 日
リハビリテーション科 Ⅰ	235 点	170 点	170 点	200 点
リハビリテーション科 Ⅱ	190 点	80 点	80 点	100 点
リハビリテーション科 Ⅲ	100 点			

《算定日数除外規定からの除外規定》

※ 標準的算定日数を超えた場合であっても、状態の改善が期待できると医学的に判断される場合、標準算定日数内の期間と同様に算定できる。

＊⑧⑨に関しては詳細あり

① 失語症、失認および失行症
② 高次脳機能障害
③ 重度の頚椎損傷
④ 頭部外傷および多部位外傷
⑤ 慢性閉塞性疾患（ＣＯＰＤ）
⑥ 心筋梗塞・狭心症
⑦ 回復期リハビリテーション病棟入院料の算定患者
⑧ 難病患者リハビリテーション料に規定する患者＊
⑨ 障害児(者)リハビリテーション料に規定する患者＊
⑩ リハビリテーションを継続して行うことが必要であると医学的に必要と認められる者
⑪ その他、治療上有効と医学的に判断される場合（先天性または進行性の神経・筋疾患等)

平成２１年度 地域リハビリテーション地域支援センター一覧

（※政令市）

	地域支援センター 医療機関名	所在地･電話番号 ホームページ	圏域内保健所 （所管市町村）
豊能	篤友会 関西リハビリテーション病院	豊中市桜の町 3-11-1 電話　06-6857-7756 www.toyono-re.com/index.html	池田保健所、豊中保健所、吹田保健所 （池田市、豊能町、能勢町、箕面市、豊中市、吹田市）
三島	愛仁会 リハビリテーション病院	高槻市古曽部町 1-3-11 電話　0726-83-1212 www.aijinkai.or.jp/reha/reh_chiikisien.html	茨木保健所、高槻市保健所 （茨木市、摂津市、島本町、※高槻市）
北河内	若弘会 わかくさ竜間リハビリテーション病院	大東市大字竜間 1580 電話　072-869-0116 www.eonet.ne.jp/~com-reha-tatuma	枚方保健所、寝屋川保健所、守口保健所、四條畷保健所 （枚方市、寝屋川市、守口市、門真市、四條畷市、交野市、大東市）
中河内	永広会 八尾はぁとふる病院	八尾市美園町２－18－1 電話　0729－99－0725 http://www.heartful-health.or.jp/yaohp/yaosisetu.htm	八尾保健所、東大阪市保健所 （八尾市､柏原市､※東大阪市）
南河内	さくら会 大阪南脳神経外科病院	大阪狭山市半田５－2610－1 電話　072－366－5757 http://www.sakurak.jp/	藤井寺保健所、富田林保健所 （藤井寺市､松原市､羽曳野市､富田林市、大阪狭山市、河内長野市、河南町、太子町、千早赤阪村）
泉州	生長会 府中病院	和泉市肥子町 1-10-17 電話　0725-43-1234 http://www.seichokai.or.jp/fuchu/index.php	和泉保健所、岸和田保健所、泉佐野保健所 （和泉市、高石市、泉大津市、忠岡町、岸和田市、貝塚市、泉佐野市、泉南市、阪南市、田尻町、熊取町、岬町）
堺市	独立行政法人労働者健康福祉機構 大阪労災病院	堺市長曽根町 1179-3 電話　072-252-3561 http://www.orh.go.jp/reha/chiiki-reha/chiiki-reha-1.html	堺市保健所 （※堺市）

地域包括支援センター一覧　　　　（平成22年3月1日時点）

No	市町村名	事業所名称	郵便番号	事業所所在地	電話番号	FAX番号
1	池田市	池田市医師会地域包括支援センター	563－0024	池田市鉢塚1丁目2番1号	072－750－2884	072－750－2885
2	池田市	池田市伏尾地域包括支援センター	563－0011	池田市伏尾町12番地の1	072－752－1649	072－754－1326
3	池田市	池田市石橋巽地域包括支援センター	563－0031	池田市天神1丁目5番22号	072－763－0363	072－763－0372
4	池田市	池田市さわやか地域包括支援センター	563－0025	池田市城南3丁目1番40号	072－754－6789	072－754－6636
5	豊中市	柴原地域包括支援センター	560－0044	豊中市刀根山元町5番60号	06－6850－3451	06－6840－5310
6	豊中市	千里地域包括支援センター	560－0081	豊中市新千里北町1丁目18番2号	06－6155－1030	06－6835－7375
7	豊中市	緑地地域包括支援センター	561－0872	豊中市寺内1丁目1番10号	06－6867－0577	06－6867－0588
8	豊中市	服部地域包括支援センター	561－0803	豊中市城山町1丁目9番1号	06－6865－1278	06－6865－1279
9	豊中市	庄内地域包括支援センター	561－0825	豊中市二葉町2丁目4番5号	06－6335－0787	06－6335－0789
10	豊中市	小路地域包括支援センター	560－0012	豊中市上野坂2丁目21番1号　SOCIA DⅡ1階	06－6854－7878	06－6854－7884
11	豊中市	中央地域包括支援センター	560－0023	豊中市岡上の町2丁目1番15号 豊中市すこやかプラザ2階	06－6841－9384	06－6858－3054
12	箕面市	箕面市中央地域包括支援センター	562－0014	箕面市萱野5丁目8番1号 箕面市立総合保健福祉センター内	072－727－9511	072－727－3597
13	箕面市	箕面市西部地域包括支援センター	562－0001	箕面市箕面6丁目3番1号 みのおサンプラザ1号館2階	072－720－5592	072－720－5593
14	箕面市	箕面市北部・西南地域包括支援センター	562－0043	箕面市桜井1丁目13番22号	072－725－7029	072－720－5323
15	箕面市	箕面市東部地域包括支援センター	562－0023	箕面市粟生間谷西6丁目15番2号	072－729－1711	072－729－3311
16	吹田市	吹田市立総合福祉会館	564－0072	吹田市出口町19番2号	06－6339－1207	06－6339－1202
17	吹田市	吹田市立内本町地域保健福祉センター	564－0032	吹田市内本町2丁目2番12号	06－6317－5461	06－6317－5469
18	吹田市	吹田市立亥の子谷地域保健福祉センター	565－0824	吹田市山田西1丁目26番20号	06－4864－8551	06－4864－8550
19	吹田市	千里ニュータウン地域包括支援センター	565－0861	吹田市高野台4丁目3番1－106号	06－6873－8870	06－6873－8871
20	豊能町	豊能町地域包括支援センター	563－0101	豊能郡豊能町吉川187番地 豊能町立保健福祉総合施設豊悠プラザ内	072－733－2800	072－733－2290
21	能勢町	能勢町地域包括支援センター	563－0351	豊能郡能勢町栗栖82番地の1	072－731－2150	072－731－2151
22	摂津市	摂津市地域包括支援センター	566－8555	摂津市三島1丁目1番1号	06－6383－1111	06－6383－9031
23	茨木市	茨木市社会福祉協議会 地域包括支援センター	567－0888	茨木市駅前4丁目7番55号	072－627－0114	072－627－0080
24	茨木市	茨木市地域包括支援センター　葦原	567－0863	茨木市沢良宜東町14－31	072－636－8000	072－636－8022
25	茨木市	茨木市地域包括支援センター　エルダー	567－0806	茨木市庄2丁目7番38号	072－631－5200	072－631－5141
26	茨木市	茨木市地域包括支援センター　常清の里	567－0059	茨木市清水1丁目28番22号	072－641－3164	072－641－3216
27	茨木市	茨木市地域包括支援センター　春日丘荘	567－0046	茨木市春日丘7丁目11番12号	072－625－6575	072－625－6522
28	茨木市	茨木市地域包括支援センター　天兆園	567－0001	茨木市安威2丁目10番11号	072－640－3960	072－640－3967
29	高槻市	清水地域包括支援センター	569－1031	高槻市松が丘1丁目21－9	072－680－2239	072－680－2231
30	高槻市	五領・上牧地域包括支援センター	569－0015	高槻市井尻2丁目37－8	072－660－3100	072－660－3601
31	高槻市	天川地域包括支援センター	569－0021	高槻市前島1丁目36－1	072－669－5703	072－669－5709
32	高槻市	三箇牧地域包括支援センター	569－0835	高槻市三島江4丁目38－7	072－679－1770	072－677－5319
33	高槻市	高槻中央地域包括支援センター	569－0804	高槻市紺屋町3－1	072－682－7411	072－682－7413
34	高槻市	郡家地域包括支援センター	569－1136	高槻市郡家新町48－7	072－681－8181	072－686－3336
35	高槻市	高槻北地域包括支援センター	569－1051	高槻市大字原112	072－687－0303	072－687－3011
36	高槻市	日吉台東地域包括支援センター	569－1013	高槻市成合南の町3－1	072－689－0184	072－689－6313
37	高槻市	冠・大塚地域包括支援センター	569－0032	高槻市東和町57－1	072－662－6363	072－671－0280
38	高槻市	富田南・下田部地域包括支援センター	569－0046	高槻市登町33－2	072－673－7011	072－673－7021
39	高槻市	富田地域包括支援センター	569－0814	高槻市富田6丁目8－18	072－694－2434	072－694－2467
40	高槻市	阿武山地域包括支援センター	569－1041	高槻市奈佐原4丁目7－1	072－692－3112	072－692－3159
41	島本町	島本町地域包括支援センター	618－0022	三島郡島本町桜井3丁目4番1号	075－962－3730	075－962－3740
42	枚方市	枚方市地域包括支援センター 社協こもれび	573－1105	枚方市南楠葉1丁目30番1－203号	072－856－9177	072－856－9188
43	枚方市	枚方市地域包括支援センター　聖徳園	573－1146	枚方市牧野阪2丁目5番1号　上羽ビル204号室	072－836－5555	072－836－5556
44	枚方市	枚方市地域包括支援センター　松徳会	573－0022	枚方市宮之阪2丁目2番2号 スカイパレス有馬202号	072－805－2165	072－805－2166
45	枚方市	枚方市地域包括支援センター　みどり	573－0032	枚方市岡東町17番31　枚方松葉ビル2階	072－845－2002	072－845－2003
46	枚方市	枚方市地域包括支援センター　アイリス	573－0084	枚方市香里ヶ丘9丁目9番地の1 D47号棟－S5号	072－853－1300	072－853－2300
47	枚方市	枚方市地域包括支援センター　大潤会	573－0164	枚方市長尾谷町3丁目6番20号	072－857－0330	072－857－0332
48	枚方市	枚方市地域包括支援センター　東香会	573－0127	枚方市津田元町1丁目6番5号	072－897－7800	072－897－7801
49	枚方市	枚方市地域包括支援センター 社協ふれあい	573－1141	枚方市養父西町27番35号　エスポワール1階	072－850－0344	072－850－0366
50	枚方市	枚方市地域包括支援センター 聖徳園なぎさ	573－1178	枚方市渚西一丁目6番1－105号	072－807－3555	072－805－3030
51	枚方市	枚方市地域包括支援センター　サール・ナート	573－1167	枚方市甲斐田町6番10－13号	072－890－7770	072－890－7771
52	枚方市	枚方市地域包括支援センター　美郷会	573－0064	枚方市北中振3丁目28番7号	072－837－3288	072－837－3289
53	枚方市	枚方市地域包括支援センター 大阪高齢者生協	573－0073	枚方市高田2丁目25番13号	072－854－8770	072－854－8780
54	枚方市	枚方市地域包括支援センター　あおぞら	573－0163	枚方市長尾元町6丁目2番15号 サンビレッジ長尾	072－852－6541	072－850－6531
55	寝屋川市	寝屋川市西北地域包括支援センター	572－0086	寝屋川市松屋町20番33号 グランドリヴィエール2階	072－831－2839	072－831－2843
56	寝屋川市	寝屋川市東北地域包括支援センター	572－0856	寝屋川市宇谷町1番36号	072－825－8020	072－825－8030

地域包括支援センター一覧　　　　（平成22年3月1日時点）

57	寝屋川市	寝屋川市東地域包括支援センター	572－0861	寝屋川市打上南町14番1号	072－814－5112	072－814－5113
58	寝屋川市	寝屋川市南地域包括支援センター	572－0819	寝屋川市大成町1番9号	072－814－6006	072－814－6007
59	寝屋川市	寝屋川市西南地域包括支援センター	572－0042	寝屋川市東大利町4番5号	072－827－8200	072－827－8300
60	寝屋川市	寝屋川市西地域包括支援センター	572－0039	寝屋川市池田3丁目1番33号	072－829－8899	072－838－2311
61	大東市	大東市東部地域包括支援センター	574－0015	大東市野崎1丁目13番4号	072－803－2500	072－803－2510
62	大東市	大東市中部地域包括支援センター	574－0025	大東市御供田3丁目13番28号　川田ハイツ1F	072－889－7110	072－889－7120
63	大東市	大東市西部地域包括支援センター	574－0044	大東市諸福1丁目13番6号	072－806－2582	072－806－2885
64	くすのき広域連合	守口第1地域包括支援センター	570－0012	守口市大久保町3－30－15	06－6904－8900	06－6904－8900
65	くすのき広域連合	守口第2地域包括支援センター	570－0003	守口市大日町1－11－11	06－4393－8401	06－6907－1379
66	くすのき広域連合	守口第3地域包括支援センター	570－0005	守口市八雲中町3－13－17	06－6908－2808	06－6908－2808
67	くすのき広域連合	守口第4地域包括支援センター	570－0096	守口市外島町2　第4号棟103号	06－4250－7878	06－4250－7871
68	くすのき広域連合	守口第5地域包括支援センター	570－0033	守口市大宮通1－13－7	06－6992－1180	06－6992－1187
69	くすのき広域連合	守口第6地域包括支援センター	570－0044	守口市南寺方南通3－4－8	06－6997－3336	06－6997－3338
70	くすのき広域連合	門真第1地域包括支援センター	571－0066	門真市幸福町22－5	06－6780－0808	06－6780－0810
71	くすのき広域連合	門真第2地域包括支援センター	571－0038	門真市柳田町27－21	06－6906－7077	06－6906－7078
72	くすのき広域連合	門真第3地域包括支援センター	571－0077	門真市大橋町12－8	072－800－0825	072－800－0826
73	くすのき広域連合	門真第4地域包括支援センター	571－0025	門真市北島町12－14	072－887－6540	072－887－6541
74	くすのき広域連合	門真第5地域包括支援センター	571－0035	門真市大字桑才294－5	072－883－3334	072－885－6118
75	くすのき広域連合	四條畷第1地域包括支援センター	575－0002	四條畷市岡山4－1－16	072－862－3366	072－862－3369
76	くすのき広域連合	四條畷第2地域包括支援センター	575－0043	四條畷市北出町28－1	072－863－0170	072－863－0171
77	くすのき広域連合	四條畷第3地域包括支援センター	575－0014	四條畷市上田原613	0743－70－1249	0743－70－1249
78	東大阪市	基幹型地域包括支援センター 東大阪市社会福祉協議会角田	578－0912	東大阪市角田2丁目3番8号 高齢者サービスセンター内	072-962－8011	072-963－2020
79	東大阪市	基幹型地域包括支援センター 東大阪市社会福祉協議会荒川	577－0843	東大阪市荒川3丁目4番23号　西センター内	06－6726－2533	06－6726－2544
80	東大阪市	地域包括支援センター　ビオスの丘	579－8001	東大阪市善根寺町1丁目5番31号	072-986－0003	072-986－9003
81	東大阪市	地域包括支援センター　布市福寿苑	579－8004	東大阪市布市町2丁目12番2号	072-983－2255	072-983－2277
82	東大阪市	地域包括支援センター　四条の家	579－8054	東大阪市南四条町1番1号	072-987－7505	072-987－9855
83	東大阪市	地域包括支援センター　なるかわ苑	579－8062	東大阪市上六万寺町13番40号	072-986－3680	072-988－0134
84	東大阪市	地域包括支援センター　みのわの里	578－0915	東大阪市古箕輪1丁目3番28号	072-964－0308	072-964－3060
85	東大阪市	地域包括支援センター　春光園	578－0954	東大阪市横枕8番34号	072-960－8666	072-961－2050
86	東大阪市	地域包括支援センター　アンパス東大阪	578－0943	東大阪市若江南町3丁目7番7号	06－4307－0165	06－4307－0444
87	東大阪市	地域包括支援センター　サンホーム	577－0034	東大阪市御厨南3丁目1番18号	06－6787－3733	06－6787－3885
88	東大阪市	地域包括支援センター　ウェルディ八戸ノ 里	577－0803	東大阪市下小阪4丁目7番36号	06－6727－0213	06－6727－0730
89	東大阪市	地域包括支援センター　たちばなの里	577－0846	東大阪市岸田堂北町6番1号	06－6224－5111	06－6724－8232
90	東大阪市	地域包括支援センター　イースタンビラ	577－0837	東大阪市寿町1丁目9番39号	06－6728－3099	06－6728－3092
91	東大阪市	地域包括支援センター　千寿園	579－8024	東大阪市南荘町13番38号	072－983－7725	072－983－7701
92	東大阪市	地域包括支援センター　レーベンズポルト	577－0055	東大阪市長栄寺21番24号	06－6783－0100	06－6783－4441
93	東大阪市	地域包括支援センター　福寿苑	579－8034	東大阪市出雲井本町3番25号	072－985－7772	072－985－1722
94	東大阪市	地域包括支援センター　アーバンケア稲田	577－0004	東大阪市稲田新町1丁目10番1号	06－6748－8009	06－6748－8010
95	東大阪市	地域包括支援センター アーバンケア島之内	578－0982	東大阪市吉田本町1丁目10番13号	072－960－6072	072－960－6080
96	東大阪市	地域包括支援センター　向日葵	578－0932	東大阪市玉串町東1丁目10番20号	072－966－7756	072－966－5015
97	八尾市	八尾市地域包括支援センター	581－0003	八尾市本町1丁目1番1号	072－924－3973	072－924－3981
98	八尾市	八尾市地域包括支援センター　萱振苑	581－0834	八尾市萱振町5丁目10番地	072－928－7080	072－928－7080
99	八尾市	八尾市地域包括支援センター ホーム太子堂	581－0063	八尾市太子堂4丁目1番32号	072－996－0262	072－996－5867
100	八尾市	八尾市地域包括支援センター　あおぞら	581－0037	八尾市太田7丁目36番地の3	072－948－8222	072－948－3566
101	八尾市	八尾市地域包括支援センター　成法苑	581－0081	八尾市南本町3丁目4番5号	072－994－8030	072－994－7901
102	八尾市	八尾市地域包括支援センター　寿光園	581－0853	八尾市楽音寺2丁目126番地	072－940－5505	072－940－2789
103	八尾市	八尾市地域包括支援センター　長生園	581－0007	八尾市光南町1丁目4番8号	072－991－0182	072－991－1523
104	八尾市	八尾市地域包括支援センター　緑風園	581－0025	八尾市天王寺屋5－1	072－949－6670	072－949－6703
105	八尾市	八尾市地域包括支援センター サポートやお	581－0018	八尾市青山町4丁目4番18号	072－925－1199	072－925－1223
106	八尾市	八尾市地域包括支援センター　信貴の里	581－0865	八尾市服部川5丁目7番地2	072－940－5727	072－941－9987
107	柏原市	柏原市高齢者いきいき元気センター	582－0018	柏原市大県4－15－35	072－970－3100	072－970－3200
108	松原市	松原市社会福祉協議会 地域包括支援センター	580－0016	松原市上田3－1－25　成協信用組合ビル4階	072－349－2112	072－336－0806
109	松原市	松原徳洲会地域包括支援センター	580－0032	松原市天美東7丁目13番26号	072－334－3439	072－334－4827
110	羽曳野市	羽曳野市地域包括支援センター	583－8585	羽曳野市誉田4丁目1番1号	072－958－1111	072－950－1030
111	藤井寺市	藤井寺市地域包括支援センター	583－0035	藤井寺市北岡1丁目2番8号	072－937－2641	072－937－2643
112	河内長野市	河内長野市地域包括支援センター	586－8501	河内長野市原町1丁目1番1号	0721－53－1111	0721－50－1088
113	富田林市	富田林市第1圏域地域包括支援センター	584－8511	富田林市常盤町1番1号	0721－25－1000	0721－20－2113
114	富田林市	富田林市第2圏域地域包括支援センター	584－0043	富田林市南大伴町4－4－1　市立コミュニティー センターかがりの郷内	0721－25－8205	0721－20－6075
115	富田林市	富田林市第3圏域地域包括支援センター	584－0082	富田林市向陽台1丁目4番30号	0721－28－8500	0721－28－8639

地域包括支援センター一覧　　　（平成22年3月1日時点）

116	大阪狭山市	大阪狭山市地域包括支援センター	589－0005	大阪狭山市狭山1丁目862番地の5 （市役所南館内）	072－368－9922	072－368－9933
117	太子町	太子町地域包括支援センター	583－8580	南河内郡太子町大字山田88番地	0721－98－5538	0721－98－2773
118	河南町	河南町地域包括支援センター	585－0014	南河内郡河南町大字白木1371番地	0721－93－2500	0721－90－3288
119	千早赤阪村	千早赤阪村地域包括支援センター	585－0041	南河内郡千早赤阪村大字水分195番地1	0721-72-0081	0721-70-2021
120	堺市	堺地域包括支援センター	590－0078	堺市堺区南瓦町3番1号	072－228－7052	072－228－7058
121	堺市	中地域包括支援センター	599－8236	堺市中区深井沢町2470番地7	072－270－8268	072－270－8288
122	堺市	東地域包括支援センター	599－8112	堺市東区日置荘原寺町195番地1	072－287－8730	072－287－8740
123	堺市	西地域包括支援センター	593－8324	堺市西区鳳東町6丁600番地	072－275－0009	072－275－0140
124	堺市	南地域包括支援センター	590－0141	堺市南区桃山台1丁1番1号	072－290－1866	072－290－1886
125	堺市	北地域包括支援センター	591－8021	堺市北区新金岡町5丁1番4号	072－258－6886	072－258－8010
126	堺市	美原地域包括支援センター	587－0002	堺市美原区黒山167番地1	072－361－1950	072－361－1960
127	和泉市	和泉市福祉公社地域包括支援センター	594－0005	和泉市幸2丁目5番16号	0725－40－5377	0725－41－3191
128	和泉市	ビオラ和泉地域包括支援センター	594－0073	和泉市和気町3丁目5番19号	0725－46－0463	0725－46－0466
129	和泉市	光明荘地域包括支援センター	594－0031	和泉市伏屋町3丁目8番1号	0725－56－1886	0725－56－1893
130	和泉市	和泉市福祉公社 南部地域包括支援センター	594－1142	和泉市久井町505－1	0725－53－3663	0725－54－3113
131	泉大津市	泉大津市地域包括支援センター	595－0026	泉大津市東雲町9－54	0725－21－0294	0725－21－8294
132	高石市	高石市地域包括支援センター	592－0011	高石市加茂4丁目1番1号	072－265－1313	072－265－7716
133	忠岡町	忠岡町地域包括支援センター	595－0805	泉北郡忠岡町忠岡東1丁目34番1号	0725－32－0294	0725－22－1129
134	岸和田市	岸和田市地域包括支援センター　社協	596－0045	岸和田市別所町3丁目12番1号	072－439－0361	072－439－2481
135	岸和田市	岸和田市地域包括支援センター　いなば荘	596－0103	岸和田市稲葉町1066番地	072－479－1212	072－479－1897
136	岸和田市	岸和田市地域包括支援センター　萬寿園	596－0816	岸和田市尾生町808番地	072－445－7789	072－445－1611
137	貝塚市	貝塚市地域包括支援センター	597－8585	貝塚市畠中1丁目17番1号	072－433－7015	072－430－4775
138	貝塚市	貝塚市山手地域包括支援センター	597－0104	貝塚市水間137番地の1	072－446－5530	072－446－5532
139	貝塚市	貝塚市浜手地域包括支援センター	597－0062	貝塚市澤525番地の1	072－430－2941	072－430－2940
140	泉南市	泉南市地域包括支援センター　六尾の郷	590－0514	泉南市信達金熊寺130	072－480－2850	0724－83－3311
141	泉南市	泉南市地域包括支援センター なでしこりんくう	590－0535	泉南市りんくう南浜3－7	072－480－5601	0724－85－0606
142	交野市	交野市地域包括支援センター	576－0034	交野市天野が原町5丁目5番1号 保健福祉総合センター3階	072－893－6426	072－895－1192
143	泉佐野市	泉佐野市社協地域包括支援センター	598－0007	泉佐野市上町1丁目2－9　社会福祉センター内	072－464－2977	072－462－5400
144	阪南市	阪南市地域包括支援センター	599－0201	阪南市尾崎町35番地の1	072－471－5678	072－473－3504
145	熊取町	熊取町地域包括支援センター	590－0451	熊取町野田1丁目1番8号 熊取ふれあいセンター内	072－451－2940	072－453－7196
146	田尻町	田尻町地域包括支援センター　花みずき	598－0092	泉南郡田尻町吉見326番地の1	072－465－3755	072－465－3368
147	岬町	岬町地域包括支援センター	599－0392	泉南郡岬町深日2000番地の1	072－492－2716	072－492－5814
148	大阪市	都島区地域包括支援センター	534－0021	大阪市都島区都島本通3－12－31	06－6929－9500	06－6929－9504
149	大阪市	福島区地域包括支援センター	553－0001	大阪市福島区海老江6－2－22	06－6454－6330	06－6454－6331
150	大阪市	此花区地域包括支援センター	554－0002	大阪市此花区伝法3－2－27	06－6462－1225	06－6462－1984
151	大阪市	西区地域包括支援センター	550－0013	大阪市西区新町4－5－14	06－6539－8075	06－6539－8073
152	大阪市	港区地域包括支援センター	552－0007	大阪市港区弁天2－15－1	06－6575－1212	06－6575－1025
153	大阪市	大正区地域包括支援センター	551－0013	大阪市大正区小林西1－14－3	06－6555－7575	06－6555－0687
154	大阪市	天王寺区地域包括支援センター	543－0074	大阪市天王寺区六万体町5－26	06－6774－3386	06－6774－3399
155	大阪市	浪速区地域包括支援センター	556－0011	大阪市浪速区難波中3－8－8	06－6636－6027	06－6636－6028
156	大阪市	西淀川区地域包括支援センター	555－0013	大阪市西淀川区千舟2－7－7	06－6478－2941	06－6478－2945
157	大阪市	東淀川区地域包括支援センター	533－0022	大阪市東淀川区菅原4－4－37	06－6370－7190	06－6370－7114
158	大阪市	東成区地域包括支援センター	537－0013	大阪市東成区大今里南3－11－2	06－6977－7031	06－6977－7038
159	大阪市	生野区地域包括支援センター	544－0033	大阪市生野区勝山北3－13－20	06－6712－3103	06－6712－3122
160	大阪市	旭区地域包括支援センター	535－0031	大阪市旭区高殿6－16－1	06－6957－2200	06－6957－7282
161	大阪市	城東区地域包括支援センター	536－0005	大阪市城東区中央2－11－16	06－6936－1133	06－6935－8737
162	大阪市	阿倍野区地域包括支援センター	545－0037	大阪市阿倍野区帝塚山1－3－8	06－6628－1400	06－6628－9393
163	大阪市	住吉区地域包括支援センター	558－0021	大阪市住吉区浅香1－8－47	06－6692－8803	06－6692－8813
164	大阪市	東住吉区地域包括支援センター	546－0031	大阪市東住吉区田辺2－10－18	06－6622－0055	06－6622－9123
165	大阪市	西成区地域包括支援センター	557－0041	大阪市西成区岸里1－5－20	06－6656－0080	06－6656－0083
166	大阪市	玉出地域包括支援センター	557－0063	大阪市西成区南津守7丁目12番32号	06－6651－6888	06－6651－6060
167	大阪市	淀川区地域包括支援センター	532－0005	大阪市淀川区三国本町2－14－3	06－6394－2914	06－6394－2977
168	大阪市	鶴見区地域包括支援センター	538－0051	大阪市鶴見区諸口5－浜6－12	06－6913－7512	06－6913－7676
169	大阪市	住之江区地域包括支援センター	559－0013	大阪市住之江区御崎4－6－10	06－6686－2235	06－6686－2122
170	大阪市	平野区地域包括支援センター	547－0043	大阪市平野区平野東2－1－30	06－6795－1666	06－6795－1660
171	大阪市	長吉地域包括支援センター	547－0011	大阪市平野区長吉出戸6丁目8番21号	06－6769－0036	06－6769－0040
172	大阪市	加美地域包括支援センター	547－0001	大阪市平野区加美北7丁目1番2号	06－4303－7703	06－4303－7706
173	大阪市	北区地域包括支援センター	530－0026	大阪市北区神山町15－11	06－6313－5566	06－6313－2921
174	大阪市	中央区地域包括支援センター	542－0062	大阪市中央区上本町西2－5－25	06－6763－8139	06－6763－8151

平成22年4月　開設予定地域包括支援センター一覧

No	市町村名	事業所名称	郵便番号	事業所所在地	電話番号	FAX番号
1	大阪市	東淀川区北部地域包括支援センター	533－0001	大阪市東淀川区井高野2－1－57	06－6347－5001	06－6347－5002
2	大阪市	東生野地域包括支援センター	544－0002	大阪市生野区小路3－17－10	06－6758－8816	06－6758－8817
3	大阪市	生野区鶴橋地域包括支援センター	544－0031	大阪市生野区鶴橋3－8－13　メゾン南陽101	06－6715－0236	06－6715－0237
4	大阪市	城東・放出地域包括支援センター	536－0021	大阪市城東区諏訪4－12－28	06－6964－0808	06－6964－0081
5	大阪市	住吉区北地域包括支援センター	558－0054	大阪市住吉区帝塚山東5－10－15	06－6678－1500	06－6678－1501
6	大阪市	住吉区東地域包括支援センター	558－0011	大阪市住吉区苅田4－3－15	06－6608－2110	06－6607－2511
7	大阪市	中野地域包括支援センター	546－0013	大阪市東住吉区湯里1－1－30	06－6760－7575	06－6760－7576
8	大阪市	矢田地域包括支援センター	546－0023	大阪市東住吉区矢田6－8－7	06－6694－5552	06－6699－6467
9	大阪市	西成区北西部地域包括支援センター	557－0025	大阪市西成区長橋2－5－33	06－6568－8400	06－6568－8401
10	大阪市	淀川区東部地域包括支援センター	532－0004	大阪市淀川区西宮原1－6－45	06－6350－7310	06－6350－7302
11	大阪市	さきしま地域包括支援センター	559－0033	大阪市住之江区南港中3－3－43	06－6569－6100	06－6569－6102
12	八尾市	八尾市地域包括支援センター　スローライフ八尾	581－0844	八尾市福栄町1丁目12番地	072－990－1220	072－990－1219

☆ 訪問看護ステーションの紹介

大阪府訪問看護ステーション協議会作成「平成 21 年版訪問看護ステーションのご案内」より

1．訪問看護サービスの主な内容

病状・障害の観察と看護

◎心身の状態観察
◎異常の早期発見
◎疾病予防や健康の管理

療養生活の指導

◎食事・排泄・運動など療養生活上の助言
◎日常生活のリズム

服薬の管理

◎薬の効果確認
◎服薬に関する助言
◎副作用の観察

褥瘡や創傷の処置・予防

◎定期的な観察や評価
◎医師の指示に基づいた処置
◎褥瘡予防の相談や助言

療養生活上の必要な看護援助

◎清拭・洗髪・入浴介助・陰部洗浄などの清潔ケア
◇ 皮膚を清潔に保つ
◇ 心身の状態・皮膚のトラブルや関節の動きなどの観察
◇ 医師と連携のもとでの必要な処置

◎食事、水分・栄養摂取の管理とケア
◇ 脱水・栄養障害・誤嚥などのトラブル予防のための適切な援助・助言
◇ 胃瘻など経管栄養の管理

◎排泄管理とケア
◇ 排泄のコントロール（服薬指導や浣腸、摘便など）
◇ 排泄に伴うトラブルへの対処
◇ ストーマ（人工肛門・人工膀胱）のパウチ交換や皮膚トラブル予防のための適切な処置や援助・助言

◎その他 ◇利用者の状況に応じた必要とされる看護援助

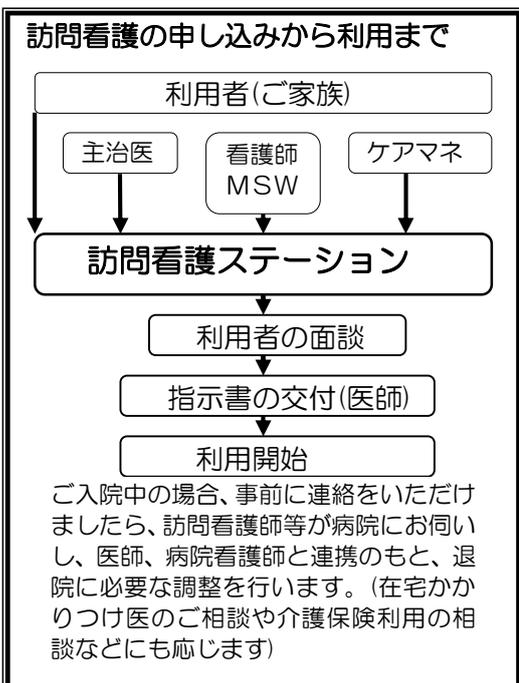
医療機器の管理・操作援助・指導

◎カテーテル・在宅酸素・人工呼吸器・在宅中心静脈栄養・ストーマ・吸入・吸引・気管カニューレ・腹膜透析などの管理
◎医療機器の使用方法、管理上の相談と助言
◎緊急時の対応・相談助言

その他医師の指示による診療の補助業務

◎ 医師と密に連携を図り、安全性を確認した上での点滴など適切な処置

リハビリテーション

◎ 要介護状態の悪化防止・機能訓練など、医師や理学療法士・作業療法士と連携したリハビリテーション

ターミナルケア

◎苦痛の緩和（痛み・倦怠感など）を目的とした看護
◎家族を含めた精神的な支援
◎緊急時の対応

認知症や精神疾患の方への看護

◎対応方法・コミュニケーションの助言
◎生活リズムの調整などの助言
◎医療機関・施設活用の助言

ご家族への支援

◎ 家族の介護負担を軽減し、家族関係が保てるように支援
◎安全で安楽な介護方法の助言

社会資源の活用相談

◎ 様々なサービスを効果的に活用し、利用者が自立した生活を送るための助言

訪問看護の申し込みから利用まで

利用者（ご家族）
主治医 / 看護師 MSW / ケアマネ
↓
訪問看護ステーション
↓
利用者の面談
↓
指示書の交付（医師）
↓
利用開始

ご入院中の場合、事前に連絡をいただけましたら、訪問看護師等が病院にお伺いし、医師、病院看護師と連携のもと、退院に必要な調整を行います。（在宅かかりつけ医のご相談や介護保険利用の相談などにも応じます）

訪問看護ステーション一覧　（平成22年2月1日現在）

所在地	ステーション名	住　所	電話番号 ＦＡＸ番号
池田市	池田市医師会立訪問看護ST	〒563-0024 鉢塚１－２－１	TEL：072-751-2777 FAX：072-751-2566
	やわら訪問看護ST	〒563-0032 石橋２－１４－１１	TEL：072-760-4300 FAX：072-760-4301
	回生病院訪問看護STさくら	〒563-0053 建石町８－４７	TEL：072-751-8195 FAX：072-751-8060
	訪問看護STパラレル	〒563-0031 天神１－２－５	TEL：072-760-5600 FAX：072-760-5601
	池田市医師会立訪問看護ST綾羽	〒563-0050 新町５－４　ｱｯﾌﾟﾙﾊｲﾂ　１F	TEL：072-753-5348 FAX：072-753-5349
	池田市医師会立訪問看護ST石橋	〒563-0023 井口堂1-9-26　ｱｰｭｽ井口堂　3F	TEL：072-763-5727 FAX：072-763-5728
	めぐみ訪問看護ＳＴ	〒563-0022 旭丘１－１－５	TEL：072-760-0119 FAX：072-760-0888
豊中市	訪問看護STエバーケア	〒561-8691 城山町１－９－１	TEL：06-6865-1215 FAX：06-6865-1291
	刀根山訪問看護ST	〒560-0045 刀根山５－１－１	TEL：06-6853-5231 FAX：06-6853-5261
	純幸会訪問看護ST	〒560-0003 東豊中町５－３５－３	TEL：06-6850-4001 FAX：06-6850-4007
	千里訪問看護ST	〒561-0871 東寺内町５－２５	TEL：06-6385-2566 FAX：06-6337-1005
	善正会訪問看護ST	〒561-0833 庄内幸町３－２６－８	TEL：06-6334-2055 FAX：06-6334-2053
	訪問看護STかがやき	〒560-0044 刀根山元町５－６０	TEL：06-6850-2400 FAX：06-6850-8600
	豊中市社会福祉協議会　訪問看護ST	〒560-0054 桜の町３－１２－１０	TEL：06-6850-8478 FAX：06-6850-8471
	訪問看護STサンライズ	〒561-0833 庄内幸町2-15-1アルカサール豊中２１１号	TEL：06-6335-3540 FAX：06-6335-3540
	訪問看護STかぐや姫	〒561-0834 庄内栄町１－８－２	TEL：06-6331-5621 FAX：06-6331-0221
	大阪府済生会中津訪問看護ＳＴ	〒561-0852 服部本町５－７－１４	TEL：06-6868-2262 FAX：06-6864-5012
	ビジョン訪問看護ST	〒561-0813 小曽根５－７－１	TEL：06-6335-2350 FAX：06-6335-2351
	えがおリハビリ訪問看護ST	〒561-0832 庄内西町４－１０－７－１０１	TEL：06-6334-4336 FAX：06-6334-4387
	ほくせつ医療生協訪問看護ST	〒560-0026 玉井町１－８－２３－１０２	TEL：06-4865-7887 FAX：06-4865-7888
	訪問看護STありがとう	〒561-0812 北条町４－９－１	TEL：06-6863-7832 FAX：06-6863-7853
	拓海会神経内科クリニック	〒561-0893 宝山町７－８	TEL：06-6841-2027 FAX：06-6841-2047
	千里中央訪問看護ST	〒560-0082 新千里東町１－４－３　ｼｯﾌﾟﾋﾞﾙB1F	TEL：06-6834-1118 FAX：06-6834-1328
	もくれん訪問看護ST	〒560-0801 曽根西町２－４－５３	TEL：06-6850-8002 FAX：06-6850-9002
箕面市	箕面市訪問看護ST	〒562-0014 萱野５－７－１	TEL：072-727-9508 FAX：072-727-9550
	ガラシア訪問看護ST	〒562-0023 粟生間谷西６－１５－２	TEL：072-727-1866 FAX：072-729-3311
	アットホーム訪問看護ST箕面	〒562-0003 西小路３－１６－１０　鳳苑2F6号室	TEL：072-721-7206 FAX：072-721-7207
	訪問看護STアールドビーブル	〒562-0041 桜5－20－22－103	TEL：072-720-5701 FAX：072-720-5702
吹田市	吹田市医師会立訪問看護ST	〒565-0862 津雲台1-1-D5	TEL：06-6872-1105 FAX：06-6872-1199
	アムス訪問看護ST	〒565-0863 竹見台３－６－５	TEL：06-6835-5155 FAX：06-6873-8008
	大阪府済生会吹田訪問看護ST	〒564-0028 昭和町１０－７	TEL：06-6382-1572 FAX：06-6382-1526
	垂水訪問看護ST	〒564-0062 垂水町３－１９－５	TEL：06-6380-2170 FAX：06-6380-2176
	訪問看護STれんげそう	〒564-0001 岸部北５－１９－１１　浜口ﾋﾞﾙ２Ｆ	TEL：06-6310-8221 FAX：06-6310-8224
	協和訪問看護ST	〒564-0001 岸部北１－２４－２	TEL：06-6339-0624 FAX：06-6339-3474
	美咲訪問看護ＳＴ	〒565-0851 千里山西１－４０－９　第３加藤ビル３Ｆ	TEL：06-6310-8515 FAX：06-6310-8516
	いのうえ訪問看護STつくも	〒565-0862 津雲台４－７－２	TEL：06-6872-0319 FAX：06-6873-7774
	いのうえ訪問看護ST江の木	〒564-0053 江の木町１４－１１	TEL:06-6386-2305 FAX：06-6386-1533
	ハントン訪問看護ＳＴ	〒564-0073 山手町２－１６－３６	TEL：06-6310-8480 FAX：06-6310-8481
	訪問看護STナービスけやき	〒565-0874 古江台５－３－４	TEL：06-7506-9452 FAX：06-7506-9454
	はぴね江坂訪問看護ST	〒564-0063 江坂町２－１８－２０	TEL：06-6339-5755 FAX：06-6339-5754
摂津市	摂津医誠会病院訪問看護ST	〒566-0022 三島３－１－３２－１０２	TEL：06-6317-8567 FAX：06-6317-8565
	摂津市訪問看護ST	〒566-0034 香露園３２－１９	TEL：072-633-1433 FAX：072-633-1299
	千里丘協立診療所訪問看護ST	〒566-0011 千里丘東２－１２－１０	TEL：072-622-8638 FAX：072-625-2730
	笑訪問看護ST	〒566-0034 鳥飼本町５－１６－３７－２０２	TEL：072-654-9393 FAX：072-654-2424
豊能町	晴風園のせ訪問看護ＳＴ	〒563-0355 能勢町下田124-1 能勢観光ﾋﾞﾙ内	TEL：072-731-2136 FAX：072-731-2137
	晴風園訪問看護ＳＴコスモス	〒563-0102 豊能町ときわ台５－９－５	TEL：072-738-7800 FAX：072-738-7807
	ﾌﾘｰｽﾃｰｼｮﾝとよの訪問看護ＳＴ	〒563-0102 豊能町ときわ台４－２－１４	TEL：072-738-8822 FAX：072-738-8823

所在地	ステーション名	住　　所	電話番号 ＦＡＸ番号
茨木市	茨木市訪問看護ST	〒567-0031 春日３－１３－５	TEL：072-625-2011 FAX：072-625-2013
	ｱｸﾃｨﾌﾞﾈｯﾄﾜｰｸ訪問看護ST	〒567-0810 宮元町１－２９	TEL：072-626-0911 FAX：072-626-0922
	訪問看護STアイ	〒567-0006 耳原２－１－８　川崎ビル１Ｆ	TEL：072-641-0531 FAX：072-641-0635
	リハビリあき訪問看護ST	〒567-0009 山手台３－３０－３０	TEL：072-649-0649 FAX：072-649-0645
	訪問看護ST喜楽	〒567-0824 中津町５－３	TEL：072-652-0194 FAX：072-652-0195
	大阪府済生会茨木訪問看護ＳＴ	〒567-0036 上穂積１－２－２７－１０１	TEL：072-623-0500 FAX：072-668-3141
	訪問看護ＳＴ和	〒567-0007 南安威２－７－１　小路ビル１Ｆ	TEL：072-640-0961 FAX：072-640-0962
	茨木医誠会訪問看護ＳＴ	〒567-0028 畑田町１１－２５	TEL：072-645-6789 FAX：072-645-6788
	茨木訪問看護ＳＴ「さくら」	〒567-0818 本町３－５	TEL：072-631-5771 FAX：072-631-5786
高槻市	高槻赤十字訪問看護ST	〒569-1096 阿武野１－１－１	TEL：072-696-1601 FAX：072-696-1601
	高槻うの花訪問看護ST	〒569-1029 安岡寺町１－２０－３	TEL：072-688-7564 FAX：072-689-3250
	訪問看護STローズマリー	〒569-0032 東和町５７－１	TEL：072-671-0707 FAX：072-671-0280
	訪問看護ST愛仁会高槻	〒569-1115 古曽部町１－７－１４	TEL：072-686-1876 FAX：072-686-1883
	訪問看護ST東和会	〒569-0034 大塚町3-1-10ヴァリー高槻２号館	TEL：072-674-1023 FAX：072-674-2010
	とんだ訪問看護ST	〒569-0814 富田町６－１０－１	TEL：072-690-2900 FAX：072-690-2908
	健和会訪問看護ST	〒569-0055 西冠３－１２－７	TEL：072-670-3477 FAX：072-670-3478
	北摂総合病院訪問看護ST	〒569-8585 北柳川町１５－１８	TEL：072-695-5585 FAX：072-695-7798
	みどりヶ丘訪問看護ST	〒569-1127 西真上１－３５－１７	TEL：072-681-5605 FAX：072-681-5806
	高槻市訪問看護ST	〒569-0052 城東町５－１高槻市立総合保健福祉ｾﾝﾀｰ内	TEL：072-661-9110 FAX：072-661-9111
	アットホーム訪問看護ST	〒569-0036 辻子１－７－２８	TEL：072-676-9560 FAX：072-676-9573
	訪問看護ＳＴアユース	〒569-0811 東五百住町３－１０－２３	TEL：072-695-7910 FAX：072-695-7905
	訪問看護STエチュード	〒569-1141 氷室町１－２０－４	TEL：072-693-1510 FAX：072-690-6081
	新生訪問看護ST	〒569-0856 玉川新町８－１	TEL：072-677-1500 FAX：072-677-0004
	テイクケア訪問看護ST	〒569-0804 紺屋町９－７　大一ビル１Ｆ	TEL：072-691-0023 FAX：072-691-0606
	アットホーム訪問看護ST西真上	〒569-1127 西真上１－２８－１８	TEL：072-668-1181 FAX：072-681-1120
三島郡	水無瀬訪問看護ST	〒618-0012 島本町高浜３－５－３５	TEL：075-961-6501 FAX：075-961-6502
枚方市	ひらかた聖徳園訪問看護ST	〒573-0084 香里ヶ丘３－１５	TEL：072-854-3767 FAX：072-852-6362
	美杉会訪問看護STまきの	〒573-1141 養父西町２４－１０	TEL：072-867-0601 FAX：072-867-0601
	美杉会訪問看護STひらかた	〒573-0032 岡東町５－３３	TEL：072-861-3103 FAX：072-861-3103
	東香里病院訪問看護ST	〒573-0075 東香里１－２４－３４	TEL：072-853-0570 FAX：072-853-0570
	訪問看護STよしだ	〒573-0064 北中振３－８－１４　吉田病院内	TEL：072-833-2858 FAX：072-833-2858
	美杉会訪問看護ST星ヶ丘	〒573-0013 星丘２－１４－３１	TEL：072-890-6161 FAX：072-890-6161
	ありさわ訪問看護ST	〒573-1195 中宮東之町１２－５	TEL：072-805-3330 FAX：072-805-3330
	向山病院訪問看護ST	〒573-1133 招提元町１－３６－６	TEL：072-855-1246 FAX：072-855-1172
	ケアライフ訪問看護ＳＴ	〒573-0051 三矢町２－１０	TEL：072-844-3633 FAX：072-844-5710
	訪問看護ＳＴみらい	〒573-1197 禁野本町１－５－１５－１０５	TEL：072-805-0158 FAX：072-805-0159
	悠久訪問看護ＳＴ	〒573-1192 西禁野1-1-24 天の川マルビル5F	TEL：072-847-6667 FAX：072-847-8282
	京阪ﾗｲﾌｻﾎﾟｰﾄ くずはケア訪問看護ＳＴ	〒573-1121 楠葉花園町１４－１	TEL：072-868-5750 FAX：072-868-2121
	ﾗｲﾌｻｰﾋﾞｽ春日訪問看護ＳＴ	〒573-0071 茄子作４－３２－８－２０１	TEL：072-807-0120 FAX：072-807-0121
	あすか訪問看護ＳＴ	〒573-0135 春日元町２－２２－２８	TEL：072-897-7722 FAX：072-897-7733
	訪問看護ＳＴまいんど枚方	〒573-0027 大垣内町３－２－２０ー１０２	TEL：072-804-8555 FAX：072-804-8556
	関西記念病院　訪問看護部	〒573-1137 西招提町2198番地	TEL：072-867-0051 FAX：072-855-7231
	グラン訪問看護ST	〒573-0021 中宮西之町１－７ひらかたﾋﾙｽﾞ201号	TEL：072-847-0003 FAX：072-847-6662
	訪問看護ＳＴ長尾谷町	〒573-0153 藤坂東町４－１７－１－１０２	TEL:072-808-5302 FAX:072-808-5315
門真市	ちどり訪問看護ST	〒571-0026 北島町１２－３	TEL：072-881-8201 FAX：072-881-8115
	訪問看護STすこやか	〒571-0061 朝日町２０－１４	TEL：072-882-0051 FAX：072-882-0345
	柏友会訪問看護ST	〒571-0007 北岸和田１－１４－２３	TEL：072-887-6880 FAX：072-887-6711
	スギ訪問看護ST古川橋	〒571-0039 速見町２－１５　常昌ハイツ１Ｆ	TEL：06-6780-2818 FAX：06-6780-2815

所在地	ステーション名	住　所	電話番号 ＦＡＸ番号
門真市	訪問看護STゆとり	〒571-0030 末広町３８－１	TEL : 06-6900-2198 FAX : 06-6900-2198
	訪問看護STマンボウ	〒571-0066 幸福町２２－１	TEL : 06-6780-3939 FAX : 06-6780-3940
	アロー訪問看護ST	〒571-0030 末広町３６－１０－３０１	TEL : 06-6615-9801 FAX : 06-6615-8396
寝屋川市	長尾会訪問看護ST	〒572-0854 寝屋川公園２３７０－６	TEL : 072-820-7067 FAX : 072-820-7067
	上山病院訪問看護ST	〒572-0848 秦町３－２	TEL : 072-825-2412 FAX : 072-825-2668
	訪問看護STゆーなす	〒572-0019 三井南町１９－１４	TEL : 072-835-0111 FAX : 072-835-4351
	訪問看護STみなみ	〒572-0061 長栄寺町６－３８	TEL : 072-830-3002 FAX : 072-830-3003
	寝屋川市訪問看護ST	〒572-8533　　池田西町２８－２２ 市立保健福祉ｾﾝﾀｰ内	TEL : 072-838-1186 FAX : 072-838-0479
	訪問看護STこまつ	〒572-0015 川勝町９－１	TEL : 072-823-7577 FAX : 072-823-3323
	青樹会訪問看護ST	〒572-0022 緑町４７－７	TEL : 072-833-2325 FAX : 072-833-2325
	アズワン訪問看護ST	〒572-0082 香里本通町１１－１８ ﾖｼﾃﾞﾝﾋﾞﾙ３Ｆ	TEL : 072-834-0205 FAX : 072-834-0206
	訪問看護STスターズ	〒572-0831 豊野町１４－５	TEL : 072-811-5530 FAX : 072-811-2361
	ヒノデ訪問看護ST	〒572-0051 高柳３－２０－１	TEL : 072-815-0078 FAX : 072-815-0110
守口市	守口市医師会訪問看護ST	〒570-0033 大宮通１－１３－７　保健センター内	TEL : 06-6994-6800 FAX : 06-6994-6801
	守口訪問看護ＳＴラガール	〒570-0012 大久保町３－３１－１９	TEL : 06-6900-1180 FAX : 06-6900-1180
	訪問看護STマルシェ	〒570-0005 八雲中町３－１３－１７	TEL : 06-6908-6417 FAX : 06-6908-6417
	牧訪問看護ST守口	〒570-0056 寺内町２－９－３２	TEL : 06-6991-5556 FAX : 06-6991-6110
	ロイヤル・ケア訪問看護ST	〒570-0079 金下町２－２－２	TEL : 06-6995-6363 FAX : 06-6995-6361
	訪問看護STハーモニー	〒570-0065 滝井元町１-１-１　ﾒｿﾞﾝﾄﾞｩﾌﾙｰﾙ301	TEL : 06-6994-0555 FAX : 06-6994-0553
	ハルニレ訪問看護ＳＴ	〒570-0021 八雲東町2-74-11　ｲｰｽﾄﾀｳﾝﾊｲﾂ１Ｆ	TEL:06-6486-9636 FAX:06-6486-9637
	訪問看護ＳＴナービス守口	〒570-0071 祝町１０－１０　ﾄｯﾌﾟｽ祝601	TEL:06-6991-6030 FAX:06-6991-6031
大東市	わかくさ大東訪問看護ST	〒574-0025 御供田３-１３-２８　川田ハイツ１Ｆ	TEL : 072-873-6508 FAX : 072-873-6510
	阪奈訪問看護ST	〒574-0014 寺川１－１－９	TEL : 072-870-7701 FAX : 072-870-5575
	野崎訪問看護ST	〒574-0072 深野３－１－１	TEL : 072-874-5645 FAX : 072-874-5739
	訪問看護STふきのとう	〒574-0077 三箇１－３－８ 3F	TEL : 072-874-2130 FAX : 072-874-2119
交野市	訪問看護STかたの	〒576-0034　天野が原町5-5-1 交野市立健康増進ｾﾝﾀｰ３Ｆ	TEL : 072-893-8885 FAX : 072-895-1102
四條畷市	訪問看護STるうてる	〒575-0052　中野３－５－２８ 四條畷市立市立保健ｾﾝﾀｰ北館　2F	TEL : 072-878-2232 FAX : 072-878-2232
東大阪市	わかくさ老人訪問看護ST	〒579-8056 若草町３－９	TEL : 072-984-9781 FAX : 072-980-2198
	河内医師会訪問看護ST	〒578-0941 岩田町４－３－１４－２０４	TEL : 072-964-5501 FAX : 072-964-5527
	訪問看護ST正和「セイワ」	〒577-0056 長堂１－１１－１２	TEL : 06-6781-0441 FAX : 06-6781-1766
	牧野病院訪問看護ST	〒577-0844 太平寺１－７－６	TEL : 06-6728-3903 FAX : 06-6728-3903
	訪問看護STクローバー	〒577-0809 永和２－７－３０	TEL : 06-6726-3775 FAX : 06-6726-3779
	わかくさ布施訪問看護ST	〒577-0807 菱屋西3-1-3　ｺｱﾌｧｰｽﾄ301	TEL : 06-6726-2727 FAX : 06-6726-2728
	訪問看護STすみれ草	〒577-0811 西上小阪７－１７	TEL : 06-6730-3627 FAX : 06-6730-5178
	宝持会訪問看護ST	〒577-0805 宝持１－９－２８　池田病院内	TEL : 06-6721-2000 FAX : 06-6721-6111
	訪問看護STにじ	〒577-0808 横沼町１－４－１５	TEL : 06-6726-7576 FAX : 06-6726-7578
	訪問看護ST翔（はばたき）	〒578-0941 岩田町４－３－１４－２０３	TEL : 072-965-5897 FAX : 072-965-6040
	訪問看護STさつき	〒577-0006 楠根２－８－２５	TEL : 06-6745-1123 FAX : 06-6745-1196
	訪問看護STときめき	〒577-0801 小阪２－２－１２	TEL : 06-6781-8118 FAX : 06-6781-0890
	めぐみ訪問看護ST	〒579-8036 鷹殿町７－４	TEL : 072-980-5770 FAX : 072-980-5758
	訪問看護STみのわの里	〒578-0915 古箕輪１－３－２８	TEL : 072-964-0308 FAX : 072-964-3060
	河内医師会訪問看護ST鴻池	〒578-0974 鴻池元町１０－２７　藤楓ｱﾋﾞﾀｼｵﾝ１Ｆ	TEL : 06-6748-7776 FAX : 06-6748-7774
	石きり訪問看護ST	〒579-8011 東石切町１－７－２３	TEL : 072-980-6628 FAX : 072-980-6657
	こころ訪問看護ST	〒579-8013 西石切町1－7－27－102	TEL : 072-983-7871 FAX : 072-983-7872
	ウィズユー訪問看護ST	〒578-0946 瓜生堂３－８－１３　奥田ﾋﾞﾙ２Ｆ	TEL : 06-6736-6077 FAX : 06-6736-6087
	訪問看護STシルバー	〒578-0935 若江東町４－２－５	TEL : 06-6729-6021 FAX : 06-6729-6023
	訪問看護ＳＴすいぞくかん	〒577-0056 長堂１－２９－４	TEL : 06-6781-5003 FAX : 06-6781-5051

所在地	ステーション名	住　　所	電話番号 ＦＡＸ番号
八尾市	八尾市訪問看護ST	〒581-0018　青山町4-4-18 八尾市在宅福祉ｻｰﾋﾞｽﾈｯﾄﾜｰｸｾﾝﾀｰ内	TEL：072-925-1154 FAX：072-925-1174
	ふれあい訪問看護ST	〒581-0036　沼１－６８－６５ 朝日ﾌﾟﾗｻﾞｼﾃｨ八尾南2-104	TEL：072-948-5871 FAX：072-948-5871
	訪問看護ST来夢	〒581-0802 北本町２－１５－２５	TEL：072-991-6277 FAX：072-923-0511
	貴島会訪問看護ST	〒581-0853 楽音寺３－３３　貴島病院本院内	TEL：072-941-1499 FAX：072-941-4666
	さかもと訪問看護ST	〒581-0864 大字山畑１番地	TEL：072-941-3244 FAX：072-941-3247
	よろこび訪問看護ST	〒581-0072 久宝寺６－６－６６	TEL：072-997-4083 FAX：072-997-5735
	訪問看護STオルカ	〒581-0868 西山本町７－６－５	TEL：072-922-7456 FAX：072-922-7456
柏原市	柏原市訪問看護ST	〒582-0018 大県４－１５－３５	TEL：072-970-2171 FAX：072-970-2172
	訪問看護ST神田イン国分	〒582-0025 国分西２－３－２	TEL：072-978-0201 FAX：072-978-0145
	訪問看護STグレープ	〒582-0026 旭ヶ丘４－８－２	TEL：072-976-1853 FAX：072-976-1854
松原市	訪問看護STやすらぎ	〒580-0023 南新町３－３－２８	TEL：072-336-0027 FAX：072-333-2109
	エンゼル訪問看護ST	〒580-0043 阿保５－７－１３	TEL：072-330-0322 FAX：072-330-0328
	松原市医師会医療介護ｾﾝﾀｰ	〒580-0015 新堂１－６０２－４	TEL：072-339-7071 FAX：072-339-7073
	まつばら訪問看護ST	〒580-0043 阿保３－１４－２２	TEL：072-333-2235 FAX：072-333-2388
	リハアル訪問看護ＳＴ	〒580-0043 阿保３－５－１８　ヒダカビル３F	TEL：072-338-8345 FAX：072-338-8346
	アクティブ訪問看護ＳＴ	〒580-0024 東新町４－１３－１８	TEL：072-337-9515 FAX：072-337-9516
	Aiスローライフ訪問看護ＳＴ	〒580-0021 高見の里3-17-5 ｵﾚﾝｼﾞｺｰﾎﾟⅡ　1F	TEL：072-338-5666 FAX：072-338-5667
	天美東訪問看護ＳＴ	〒580-0032 天美東７－７－１　ﾒｿﾞﾝ・ﾌﾞﾗﾝｼｭ１Ｆ	TEL：072-337-8114 FAX：072-337-8120
羽曳野市	訪問看護STﾊｰﾄﾊﾟｰｸはびきの	〒583-0883 向野３－９６－７	TEL：072-953-1004 FAX：072-953-0022
	四天王寺悲田院訪問看護ST	〒583-0868 学園前６－１－１	TEL：072-957-7515 FAX：072-957-2111
	訪問看護STまほろば	〒583-0857 誉田３－１５－６	TEL：072-958-5744 FAX：072-958-5315
	訪問看護STきずな	〒583-0883 向野２－１５－１４	TEL：072-938-6425 FAX：072-938-6425
	訪問看護ST恵我の里	〒583-0886 恵我之荘３－１－１８	TEL：072-930-1330 FAX：072-930-1330
	青山訪問看護ST羽曳野	〒583-0876 伊賀４－６－１	TEL：072-931-4174 FAX：072-931-4175
	訪問看護STしろやま	〒583-0853 栄町８－７	TEL：072-950-1148 FAX：072-950-1511
	さくらの詩訪問看護ST	〒583-0871 野々上２－２４－１１	TEL：072-931-3235 FAX：072-931-3236
藤井寺市	藤井寺市訪問看護ST	〒583-0033 小山９－４－３３　藤井寺市保健ｾﾝﾀｰ内	TEL：072-939-7291 FAX：072-939-1502
	メディケアリハビリ訪問看護ST	〒583-0021 御舟町１－６３ 藤井寺ｵﾌｨｽﾋﾞﾙ２ＦＣ	TEL：072-931-2136 FAX：072-931-2137
	訪問看護ステーションどうみょうじ高殿苑	〒583-0012 道明寺３－２－２	TEL：072-936-3515 FAX：072-936-3520
河内長野市	河内長野市医師会訪問看護ST	〒586-0012 菊水町２－１３	TEL：0721-56-1100 FAX：0721-56-2200
	寿里苑訪問看護ST	〒586-0094 小山田町４４８－２	TEL：0721-50-2941 FAX：0721-50-2940
	ケア南海(株) 訪問看護ST	〒586-0001 木戸１－６－１　澤田ﾋﾞﾙ　２ＦＣ	TEL：0721-52-0211 FAX：0721-52-0232
	青山第二病院訪問看護ST	〒586-0033 喜多町１９２－１	TEL：0721-65-0003 FAX：0721-62-3163
富田林市	富田林医師会訪問看護ST	〒584-0082 向陽台１－４－３０　けあぱる内	TEL：0721-28-8686 FAX：0721-28-8537
	喜志訪問看護ST	〒584-0013 桜井町１－４－３	TEL：0721-25-9138 FAX：0721-25-9139
	訪問看護ＳＴリリーブ	〒584-0031 寿町３－１－８	TEL：0721-26-7044 FAX：0721-26-7045
	大阪府済生会 富田林訪問看護ＳＴ	〒584-0082 向陽台１－３－３６	TEL：0721-29-4425 FAX：0721-29-4459
	フォーライフ訪問看護ST	〒584-0036 甲田１－９－８－４０５	TEL：0721-69-6788 FAX：0721-69-6778
	ビッグファミリー訪問看護ST２４	〒584-0082 向陽台１－４－１５	TEL：0721-29-8243 FAX：0721-29-8243
大阪狭山市	あおば訪問看護ST	〒589-0004 東池尻１－２１９８－１	TEL：072-365-7841 FAX：072-365-7842
	大阪狭山市医師会訪問看護ST	〒589-0003 東野東1-500-1	TEL：072-366-9595 FAX：072-366-9590
	子りす訪問看護ST	〒589-0012 東茱萸木４－１１２６	TEL：072-367-1414 FAX：072-367-2239
	さくらリハビリ訪問看護ＳＴ	〒589-0005 狭山２－９０２－４	TEL：072-368-7552 FAX：072-368-7559
	さやまリハビリ訪問看護ＳＴ	〒589-0022 西山台６－２－８－１０７	TEL：072-367-8008 FAX：072-367-8004
	しんき訪問看護ＳＴ	〒589-0021 今熊１－１１１７－３	TEL：072-367-6349 FAX：072-367-7349
南河内郡	千早訪問看護ST	〒585-0053 千早赤阪村小吹６８－８２７	TEL：0721-72-0112 FAX：0721-72-1571
	訪問看護ST美野の里	〒583-0992 太子町山田２５５０	TEL：0721-98-4165 FAX：0721-98-5200
	訪問看護STカナン	〒585-0035 河南町大字寛弘寺１０１番地	TEL：0721-90-4650 FAX：0721-90-4850

所在地	ステーション名	住　所	電話番号 ＦＡＸ番号
堺市中区	ベル訪問看護ST	〒599-8247 東山１０９－４	TEL：072-239-1800 FAX：072-239-1881
	ペガサス訪問看護ST八田	〒599-8265 八田西町２－６－４	TEL：072-278-9960 FAX：072-278-9970
	ハート訪問看護ST	〒599-8273 深井清水町２１４０－１	TEL：072-281-2737 FAX：072-281-2740
	リハっする訪問看護ＳＴ	〒599-8241 福田８７５－１ ｴｸｾﾗﾝｽ福田307	TEL：072-235-5553 FAX：072-235-5453
	耳原訪問看護ST深井・泉北	〒599-8253 深阪１５３８－１	TEL：072-239-9271 FAX：072-239-9280
	あい訪問看護ＳＴ	〒599-8271 深井北町１７０－６	TEL：072-278-6131 FAX：072-278-6131
	くるみ訪問看護ＳＴ	〒599-8275 東八田３３９－２	TEL：072-279-2424 FAX：072-279-2424
	シンシア訪問看護ＳＴ	〒599-8267 八田寺町２５１－１９	TEL：072-260-1233 FAX：072-260-1103
	訪問看護ＳＴ「ふれあい」	〒599-8263 八田南之町２７７	TEL：072-279-1631 FAX：072-279-1631
堺市北区	アイリス堺訪問看護ST	〒591-8002 北花田町２－１０－１	TEL：072-250-2312 FAX：072-250-2312
	訪問看護STナービス堺	〒591-8025 長曽根町６６０　ｴｸｼｱｰﾄﾞｱｷ103	TEL：072-350-1205 FAX：072-350-4716
	あすなろ訪問看護ST	〒591-8046 東三国ヶ丘町５－５－２	TEL：072-240-2402 FAX：072-240-2402
堺市西区	ペガサス訪問看護ST	〒593-8328 鳳北町10-10	TEL：072-265-7778 FAX：072-265-2878
	訪問看護ST西	〒593-8325 鳳南町４－４４４－１	TEL：072-260-2750 FAX：072-260-2760
	耳原訪問看護ST鳳	〒593-8325 鳳南町５－５９５	TEL：072-273-1774 FAX：072-273-0647
	ペガサス訪問看護ST石津	〒593-8335 浜寺石津町東１－３－３１	TEL：072-245-3411 FAX：072-245-3412
堺市東区	おひさま訪問看護ST北野田	〒599-8123 北野田６２６　日野病院内	TEL：072-239-5868 FAX：072-239-5863
	訪問看護ST東	〒599-8112 日置荘原寺町１９５－１	TEL：072-286-2460 FAX：072-286-2470
	訪問看護STふれあいポート	〒599-8124 南野田１２７	TEL：072-236-3751 FAX：072-236-7223
	訪問看護STなごみ	〒599-8125 西野２５４－３	TEL：072-230-0981 FAX：072-230-0833
堺市堺区	ひまわり訪問看護ST	〒590-0018 今池町３－２９－５	TEL：072-222-9011 FAX：072-229-9307
	訪問看護ST堺	〒590-0953 甲斐町東３－２－２６	TEL：072-222-5511 FAX：072-222-5850
	訪問看護ST朝日	〒590-0801 大仙中町２－１３－４０１３	TEL：072-247-2720 FAX：072-280-0570
	いずみ訪問看護ＳＴ	〒590-0823 石津北町９３－１　メゾンササキ1F	TEL：072-245-2011 FAX：072-245-2011
	清恵会訪問看護ST	〒590-0024 向陵中町４－４－４	TEL：072-257-6074 FAX：072-257-6074
	耳原訪問看護STみなと	〒590-0824 老松町２－５８－１	TEL：072-245-6215 FAX：072-247-0355
	ベルタウン訪問看護ＳＴ	〒590-0064 南安井町３－１－１	TEL：072-221-7023 FAX：072-221-7073
	訪問看護STらん	〒590-0024 向陵中町5-1-19 ｽﾃｲﾌﾞﾙ向陵603	TEL：072-253-9960 FAX：072-253-9961
	シャローム訪問看護ＳＴ	〒590-0801 大仙中町６－２６	TEL：072-343-7171 FAX：072-243-0225
堺市南区	おひさま訪問看護ST栂	〒590-0145 大森１９８－１	TEL：072-291-1891 FAX：072-291-1835
	年輪訪問看護ST	〒590-0134 御池台５－２－２	TEL：072-291-9888 FAX：072-298-3396
	訪問看護ST南	〒590-0105 竹城台１－８－２　「いずみの郷」内	TEL：072-290-3111 FAX：072-290-3112
	まごころ訪問看護ＳＴ	〒590-0135 別所２２９	TEL：072-290-5561 FAX：072-290-5562
	ﾊﾞｳﾑﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝｾﾝﾀｰ訪問看護STエール	〒590-0106 豊田４０	TEL：072-296-0693 FAX：072-295-8699
	訪問看護ＳＴふるーと	〒590-0103 深阪南１１１－２	TEL：072-235-1363 FAX：072-235-1363
	マクレ訪問看護ST	〒590-0106 豊田７３９　香楽ビル１０２号	TEL：072-294-0313 FAX：072-294-0313
	りゅうじん訪問看護ST泉北	〒590-0114 槇塚台３－１－１５	TEL：072-297-8807 FAX：072-297-8815
	あいあい訪問看護ST	〒590-0106 豊田１２１９－１	TEL：072-206-1285 FAX：072-206-1286
	アール訪問看護ST	〒590-0142 檜尾１１４－１	TEL：072-340-0091 FAX：072-350-0385
和泉市	ふちゅう訪問看護ST	〒594-0083 池上町２５５－３	TEL：0725-43-9375 FAX：0725-41-5154
	ペガサス訪問看護ST和泉	〒594-0002 上町８１番地	TEL：0725-44-6003 FAX：0725-44-6225
	咲花訪問看護ＳＴ	〒594-1105 のぞみ野１－３－３０	TEL：0725-55-0877 FAX：0725-55-8999
	訪問看護STゆとり	〒594-1104 万町３８４番地	TEL：0725-50-2700 FAX：0725-50-2701
	訪問看護STソフィア	〒594-0031 伏屋町３－７－３４　泉北第2ビル５Ｆ	TEL：0725-55-4646 FAX：0725-55-4647
泉大津市	訪問看護STはなみずき	〒595-0023 豊中町２－６－３　片山ﾋﾞﾙ２Ｆ	TEL：0725-20-2288 FAX：0725-20-2237
高石市	高石市訪問看護ST	〒592-0002 羽衣４－４－２６	TEL：072-267-1670 FAX：072-267-0358
泉北郡	ペガサス訪問看護ST忠岡	〒595-0811　忠岡町忠岡北1-3-17 エトワールサンク忠岡１階	TEL：0725-31-0014 FAX：0725-31-0117
	在宅リハビリ青竹のふし　　　　訪問看護ST	〒595-0805 忠岡町忠岡東１－２２－１３－５G	TEL：050-3309-2681 FAX：0725-20-0807

所在地	ステーション名	住　　所	電話番号 ＦＡＸ番号
岸和田市	訪問看護ST華	〒596-0044 西之内町２－１３	TEL：072-436-2217 FAX：072-436-2237
	岸和田市医師会訪問看護ST	〒596-0045　別所町３－１２－１ 岸和田市立保健センター内	TEL：072-430-3730 FAX：072-430-3731
	阪南医療生協　　訪問看護ST「ひまわり」	〒596-0004 荒木町２－２－１８	TEL：072-441-8910 FAX：072-441-8910
	訪問看護STファミーユ	〒596-0808 三田町１４２番地	TEL：072-441-5576 FAX：072-441-5507
	ワタミ訪問看護ＳＴ岸和田	〒596-0004 荒木町２－４９１　102号室	TEL：072-448-6711 FAX：072-448-6712
貝塚市	河崎訪問看護ST	〒597-0104 水間２４４番地	TEL：072-447-0055 FAX：072-447-0055
	訪問看護STアリーゼ	〒597-0071 加神１－１０－８	TEL：072-432-4852 FAX：072-432-4899
	訪問看護STパートナー恵	〒597-0052 窪田187番地	TEL：072-432-0133 FAX：072-432-0373
泉佐野市	訪問看護STﾅｰｽ栄公	〒598-0013 中町３－４－５	TEL：072-464-6899 FAX：072-464-0699
泉南市	訪問看護STキャロット	〒590-0503 新家２７７６番地	TEL：072-482-2014 FAX：072-482-2014
	大阪府済生会泉南訪問看護ST	〒590-0535 りんくう南浜３－７	TEL：072-480-5602 FAX：072-485-0117
	訪問看護ST希望	〒590-0521 樽井１－２－９	TEL：072-484-0061 FAX：072-484-0061
阪南市	訪問看護STメデケアタマイ	〒599-0232 箱作２０４７－３	TEL：072-476-1177 FAX：072-476-1177
	訪問看護STさくら総合医療	〒599-0232 箱作１５３２－１	TEL：072-476-3622 FAX：072-476-3622
泉南郡	訪問看護STつばき	〒590-0406 熊取町大久保東１－５－１６	TEL：072-452-8864 FAX：072-453-7735
	訪問看護ST永楽	〒590-0454 熊取町新野田１－２４５５－６５	TEL：072-452-6280 FAX：072-452-6280
大阪市北区	うめだ訪問看護ST	〒530-0001 梅田１－１－３－30１	TEL：06-6341-0445 FAX：06-6345-5604
	ゆきおか訪問看護ST	〒530-0021 浮田２－２－３	TEL：06-6371-1260 FAX：06-6371-1260
	医師会立北区訪問看護ST	〒530-0026 神山町１５－１１	TEL：06-6313-1415 FAX：06-6313-1416
	有限会社うえいくあっぷ	〒530-0052 南扇町7-2　ユニ東梅田1214	TEL：06-6363-0150 FAX：06-6363-1524
	訪問看護ST堂山	〒530-0026 神山町9-28 第２松栄ビル402	TEL：06-6130-7567 FAX：06-6130-7568
	大阪府済生会 中津病院訪問看護ST	〒530-0012 芝田２－１０－３９	TEL：06-6372-0333 FAX：06-6372-0752
	クリニック小早川　訪問看護部	〒530-0041 天神橋２－２－２３	TEL：06-4801-0212 FAX：06-4801-0213
	北大阪訪問看護ST	〒531-0063 長柄東3-3-10　　ﾌﾛｰﾗﾙﾊｲﾂ協和2F	TEL：06-6357-7893 FAX：06-6357-7893
大阪市淀川区	淀川区医師会訪問看護ST	〒532-0005 三国本町２－１４－３	TEL：06-6394-2878 FAX：06-6394-2875
	淀協訪問看護STあい	〒532-0032 三津屋北１－４－１１	TEL：06-6886-5111 FAX：06-6886-5623
	訪問看護ST大西安心堂	〒532-0032 三津屋北１－５－２０	TEL：06-6307-3555 FAX：06-6307-3555
	訪問看護STはるか	〒532-0011　西中島６－７－２０ KRoom新大阪　1番館２F	TEL：06-6838-0075 FAX：06-6838-0080
	ケア21訪問看護ＳＴぴ～す淀川	〒532-0028 十三元今里１－９－６	TEL：06-6838-9321 FAX：06-6390-0921
	スマイル訪問看護ＳＴ	〒532-0004 西宮原１－８－４１－４０７	TEL：06-6393-8290 FAX：06-6393-8291
	訪問看護ＳＴハートフル	〒532-0023　十三東５－３－２９ 淀川介護老人保健施設ハートフル Ｂ１Ｆ	TEL：06-6302-8688 FAX：06-6302-8717
大阪市東淀川区	淀川キリスト教病院訪問看護ST	〒533-0032 淡路２－７－１０	TEL：06-6324-6548 FAX：06-6324-6549
	東淀川区医師会立訪問看護ST	〒533-0022　菅原４－４－３７ 東淀川区在宅ｻｰﾋﾞｽｾﾝﾀｰ「ほほえみ」内	TEL：06-6379-1221 FAX：06-6379-1231
	よどがわ保健生活協同組合 訪問看護STわかば	〒533-0032 淡路４－１７－４	TEL：06-6322-7142 FAX：06-6322-7151
	医誠会訪問看護ST	〒533-0022 菅原６－１－８　ジュネス石川１F	TEL：06-6815-8808 FAX：06-4809-3321
	エンパワー訪問看護ST	〒533-0023 東淡路１-5-4　ｴﾊﾞｰｸﾞﾘｰﾝ淀川925号	TEL：06-6990-5338 FAX：06-6990-5336
	きたリハビリ訪問看護ST	〒533-0014 豊新５－１８－２１－３０５	TEL：06-6325-2155 FAX：06-6325-2166
大阪市旭区	牧訪問看護ST清水	〒535-0021 清水４－２－２２	TEL：06-6953-1222 FAX：06-6951-1138
	トム・ソーヤ訪問看護ST	〒535-0021 清水２－１－２１	TEL：06-6956-0505 FAX：06-6956-0808
	旭区医師会訪問看護ST	〒535-0031 高殿６－１６－１	TEL：06-6957-7288 FAX：06-6957-7287
	訪問看護STすずらん	〒535-0003 中宮４－９－７－２０１	TEL：06-6958-3920 FAX：06-6958-3921
	牧訪問看護ST高殿	〒535-0031 高殿６－３－１５　ﾊｲﾂｱﾄﾞﾆｽ205号	TEL：06-4254-6660 FAX：06-4254-6661
	訪問看護STハートフルえがお	〒535-0003 中宮２－２０－２４	TEL：06-6958-5802 FAX：06-6956-6980
大阪市都島区	都島区医師会訪問看護ST	〒534-0021　都島本通3-12-31 ふれあいｾﾝﾀｰ都島　３F	TEL：06-6929-3672 FAX：06-6929-3662
	センチュリーシテイ都島 訪問看護ST	〒534-0015 善源寺町２－２－８８	TEL：06-6924-8161 FAX：06-6924-1271

所在地	ステーション名	住　　所	電話番号 ＦＡＸ番号
大阪市中央区	大阪市中央訪問看護ST	〒542-0062 上本町西２－５－２５	TEL：06-6763-8145 FAX：06-6763-8157
	訪問看護ＳＴ「うえに」	〒540-0019 和泉町１-２-２　ｼｬﾝﾋﾟｱ谷町101	TEL：06-6946-0446 FAX：06-6946-0447
	ぷらっと訪問看護ＳＴ	〒542-0063 東平１－４－１６	TEL：06-6761-1590 FAX：06-6761-1514
	訪問看護ＳＴ中央おおみち	〒540-0003 森ノ宮中央１－１６－６	TEL：06-6942-3737 FAX：06-6943-5681
	法円坂訪問看護ＳＴ	〒540.-0012 谷町４－６－２　　谷町ビル４Ｆ	TEL：06-6947-7805 FAX：06-6947-7806
	訪問看護ＳＴはーとらんど	〒540-0003 森ノ宮中央２－７－１４　ｶｰｻ ﾙﾐﾈ202号	TEL：06-6949-3131 FAX：06-6949-3141
大阪市浪速区	日本橋老人訪問看護ST	〒556-0005 日本橋5-9-22　サンキビル５Ｆ	TEL：06-6643-7145 FAX：06-6643-7146
	愛染園訪問看護ST	〒556-0004 日本橋西２－１－１	TEL：06-6634-8945 FAX：06-6634-8946
	訪問看護ST在宅リハビリ・リハステージ	〒556-0004 日本橋西２－７－３－２０２	TEL：06-6630-3311 FAX：06-6630-3348
大阪市東成区	東成区医師会 訪問看護STさわやか	〒537-0013　大今里南3-11-2 東成区在宅サービスセンター内	TEL：06-6977-7028 FAX：06-6977-7029
	訪問看護ST東成おおみち	〒537-0011 東今里３－１１－２５	TEL：06-6977-8680 FAX：06-6977-6835
	訪問看護STしほう	〒537-0021 東中本２－４－４　ﾆｺﾙﾋﾞﾙ４Ｆ	TEL：06-6971-3337 FAX：06-6971-3317
大阪市天王寺区	大阪府看護協会訪問看護ST	〒543-0042 烏ヶ辻１－２－２２	TEL：06-6772-0319 FAX：06-6772-0373
	訪問看護STナービス上本町	〒543-0027 筆ヶ崎町５－５２－１０７	TEL：06-7506-9293 FAX：06-7506-9294
	(株)えーる・訪問看護ST	〒543-0013 玉造本町５－１５　江崎ﾋﾞﾙ１Ｆ	TEL：06-6763-2411 FAX：06-6763-2412
	訪問看護STまいんど大阪	〒543-0052 大道２－１１－４　ｺﾝﾌｫｰﾄZEN　１Ｆ	TEL：06-6776-8555 FAX：06-6776-8885
大阪市生野区	生野区医師会訪問看護ST	〒544－0033　勝山北3-13-20 生野区在宅サービスセンター内	TEL：06-6731-7319 FAX：06-6731-7320
	訪問看護STきょうわ	〒544-0021 勝山南４－１６－１０	TEL：06-6718-2511 FAX：06-6718-2511
	訪問看護ST つどい	〒544-0011 田島１－１０－５	TEL：06-6755-5185 FAX：06-6755-5186
	訪問看護STアロンティア生野	〒544-0012 巽西４－８－８	TEL：06-6753-4365 FAX：06-6753-4365
	フォーシーズン訪問看護ST	〒544-0001 新今里３－２３－１０	TEL：06-4306-8010 FAX：06-4306-8418
大阪市城東区	城東区医師会訪問看護ST	〒536-0005 中央２－１１－１６	TEL：06-6931-0099 FAX：06-6931-5238
	なでしこ訪問看護ST	〒536-0016 蒲生3-15-12　蒲生厚生診療所2F	TEL：06-6936-2225 FAX：06-6936-4111
	訪問看護STおおみち	〒536-0023 東中浜1-2-17　第2栄泉ビル２Ｆ	TEL：06-6967-1123 FAX：06-6962-3328
	大阪府済生会野江訪問看護ST	〒536-0002 今福東３－７－２９	TEL：06-6932-0724 FAX：06-6932-0724
	城東中央訪問看護ST	〒536-0014 鴫野西４－１－１６　ｴｽﾍﾟﾗﾙ城東１Ｆ	TEL：06-6167-0535 FAX：06-6962-0125
	すみれ在宅支援ｾﾝﾀｰ　すみれ訪問看護ST	〒536-0001 古市１－７－８	TEL：06-6934-7900 FAX：06-6934-7808
	訪問看護STゆうりん	〒536-0005 中央１－７－３１	TEL：06-6930-1299 FAX：06-6930-1299
	池岡訪問看護ST	〒536-0008 関目２－２－８	TEL：06-6931-6672 FAX：06-6931-6660
	訪問看護STデューン	〒536-0012 天王田１０－３０	TEL：06-6964-5223 FAX：06-6964-5224
	りゅうじん訪問看護ST花博	〒536-0001 古市３－２２－２　ﾊﾟﾙｺﾑﾏﾝｼｮﾝ102号	TEL：06-6930-6609 FAX：06-6930-6615
大阪市鶴見区	鶴見区医師会浜訪問看護ST	〒538-0051 諸口５　浜６－１２ 鶴見区在宅ｻｰﾋﾞｽｾﾝﾀｰ内３Ｆ	TEL：06-6913-8802 FAX：06-6913-8775
	すずらん訪問看護ST	〒538-0052 横堤３－６－７	TEL：06-6915-9200 FAX：06-6915-9211
	新協和病院　訪問看護	〒538-0043 今津南１－５－８	TEL：06-6969-.3500 FAX：06-6969-2004
	訪問看護ＳＴ北田	〒538-0044 放出東２－４－１	TEL：06-6964-5525 FAX：06-6964-5526
	訪問看護STカルミア	〒538-0053 鶴見４－１０－６	TEL：06-6939-6275 FAX：06-6939-6278
大阪市福島区	福島区訪問看護ST	〒553-0001　海老江６－２－２２ 福島区在宅サービスセンター内	TEL：06-6453-2991 FAX：06-6453-2992
	訪問看護ＳＴえがお	〒553-0006 吉野１－９－４　介護支援ｾﾝﾀｰえがお	TEL：06-6225-0785 FAX：06-6225-0765
大阪市此花区	訪問看護ST此花	〒554-0002 伝法３－２－２７	TEL：06-6460-3356 FAX：06-6460-3358
	訪問看護STさくら	〒554-0021 春日出北１－１－２５　此花診療所３Ｆ	TEL：06-6465-1155 FAX：06-6465-1119
	暁明館訪問看護ST	〒554-0021 春日出北１－１－４－２０１	TEL：06-6463-6699 FAX：06-6463-6599
	訪問看護STソレイユ	〒554-0021 春日出北１－２５－１１	TEL：06-6462-7208 FAX：06-6462-7808
大阪市西淀川区	訪問看護STコスモス	〒555-0024 野里３－６－８　３Ｆ	TEL：06-6477-5569 FAX：06-6477-5111
	愛仁会訪問看護STほほえみ	〒555-0032 大和田３－８－１７　ｸﾞﾗﾝﾋﾟｱ千船２Ｆ	TEL：06-6471-3121 FAX：06-6471-3649
	マザー介護訪問看護ST	〒555-0024 野里１－２５－３	TEL：06-6476-3881 FAX：06-6476-3884
	クオレ訪問看護ST	〒555-0033 姫島５－１４－２	TEL：06-6474-2533 FAX：06-6474-2534

所在地	ステーション名	住　　所	電話番号 ＦＡＸ番号
大阪市西区	日生訪問看護ST	〒550-0012 立売堀６－７－９	TEL：06-4390-8822 FAX：06-4390-8844
	キャリア訪問看護ST	〒550-0025 九条南３－６－２７　２	TEL：06-6586-0126 FAX：06-6584-4890
	きっこう会多根訪問看護ST	〒550-0024 境川１－１－３６	TEL：06-6581-1651 FAX：06-6581-1671
	ほのぼのらいふ訪問看護ＳＴ江戸堀	〒550-0002 江戸堀３－４－３	TEL：06-6443-1380 FAX：06-6443-2299
	ナイス訪問看護ST	〒550-0027 九条１－２１－２４	TEL：06-6582-5977 FAX：06-6582-5975
大阪市港区	港区医師会訪問看護ST	〒552-0007 弁天２－１５－１	TEL：06-6575-3646 FAX：06-6575-3833
	訪問看護STさくら通り	〒552-0003 磯路３－３－４	TEL：06-6571-5659 FAX：06-6571-5659
	訪問看護STあさしお	〒552-0005 田中２－１１－１１	TEL：06-6599-0888 FAX：06-6599-0900
大阪市大正区	エキスパートナース訪問看護ST	〒551-0031 泉尾３－１０－７	TEL：06-6555-1174 FAX：06-6555-1186
	大阪府済生会泉尾訪問看護ST	〒551-0032 北村３－５－１０	TEL：06-6552-8911 FAX：06-6552-8991
	訪問看護STそよかぜ	〒551-0013 小林西２－６－３	TEL：06-6551-8341 FAX：06-6551-2122
大阪市阿倍野区	阿倍野区医師会北訪問看護ST	〒545-0052 阿倍野筋５－８－２６	TEL：06-6624-5972 FAX：06-6624-0890
	訪問看護ST帝塚山もも	〒545-0005 三明町２－７－２６	TEL：06-6628-3108 FAX：06-6628-3705
	訪問看護ＳＴかおり	〒545-0011 昭和町３－３－３	TEL：06-6629-3000 FAX：06-6629-3000
	訪問看護ＳＴこでまり	〒545-0021 阪南町５－２５－１６	TEL：06-7894-0892 FAX：06-7894-8892
	訪問看護ＳＴディアー１	〒545-0023 王子町２－８－１２	ＴEL：06-6628-0089 FAX：06-6628-8818
	スギ訪問看護ＳＴ林寺	〒545-0001 天王寺町北３－１１－４　２Ｆ	ＴEL：06-6710-3785 FAX：06-6710-3786
大阪市住之江区	友愛訪問看護ST	〒559-0006 浜口西３－５－１０	TEL：06-6672-5801 FAX：06-6672-5862
	訪問看護STアロンティア住之江	〒559-0003 安立２－７－２　宝楽ﾄﾚｼﾞｬｰ１Ｆ	TEL：06-6671-7435 FAX：06-6671-7436
	南大阪訪問看護ST	〒559-0012 東加賀屋２－１１－１８	TEL：06-6685-6001 FAX：06-6685-6001
	住之江区医師会立訪問看護ST	〒559-0013　　御崎４－６－１０ 在宅サービスセンター内 ２Ｆ	TEL：06-6686-1807 FAX：06-6686-1808
	マザーハウス訪問看護ST	〒559-0001 粉浜３－１－２４	TEL：06-6671-3368 FAX：06-6671-3313
	南港病院訪問看護ＳＴ	〒559-0011 北加賀屋５－２－２	TEL：06-6685-0190 FAX：06-6685-7477
大阪市住吉区	住吉区医師会訪問看護ST	〒558-0003 長居３－８－４　　畑長居駅前ﾋﾞﾙ4F	TEL：06-6695-2424 FAX：06-6695-3311
	阪和訪問看護ST	〒558-0042 殿辻１－９－１４	TEL：06-6698-3550 FAX：06-6698-3555
	南大阪医療生活協同組合訪問看護ST	〒558-0031 沢之町１－３－１６	TEL：06-6695-2400 FAX：06-6695-1163
	あびこ訪問看護ST	〒558-0014 我孫子３－４－４　滝本ビル１Ｆ	TEL：06-6696-6113 FAX：06-6691-6130
	訪問看護STﾊｰﾄﾌﾘｰやすらぎ	〒558-0054 帝塚山東５－８－３	TEL：06-6678-2501 FAX：06-6678-2751
	ロイヤル訪問看護ST大阪	〒558-0004 長居東３－８－３０－４０１	TEL：06-6696-0171 FAX：06-6696-0172
	訪問看護ＳＴ帝塚山すみれ	〒558-0053 帝塚山中１－４－３６	TEL：06-6674-1163 FAX：06-6674-2313
	りゅうじん訪問看護ＳＴ住吉	〒558-0011 苅田８－６－２９	TEL：06-4700-1117 FAX：06-4700-1147
大阪市東住吉区	東住吉区医師会　訪問看護ST東住吉	〒546-0031　　田辺２－１０－１８ 東住吉在宅サービスセンター内３Ｆ	TEL：06-6622-0316 FAX：06-6622-5419
	訪問看護STたちばな	〒546-0012 中野３－６－１５－２０３	TEL：06-6701-2552 FAX：06-6769-7670
	嘉誠会訪問看護ST	〒546-0013 湯里２－１１－２－１０２	TEL：06-6704-2980 FAX：06-6704-3116
	ひだまり訪問看護ST	〒546-0023 矢田５－７－３４	TEL：06-6605-6789 FAX：06-6605-6788
大阪市平野区	平野区医師会訪問看護ST	〒547-0044 平野本町１－８－３２　ＢＩＳ平野２Ｆ	TEL：06-6795-2731 FAX：06-6795-2732
	訪問看護STながよし	〒547-0014 長吉川辺３－８－６	TEL：06-4302-8380 FAX：06-6701-3116
	訪問看護ST「グリーン」	〒547-0034 背戸口１－２２－１６	TEL：06-6705-7755 FAX：06-6705-3700
	酒井診療所訪問看護ST	〒547-0015 長吉長原西2-2-3　ｸﾘｵﾊﾟﾚｽ213	TEL：06-6769-7667 FAX：06-6769-8863
	平野介護総合支援プラザプラムケアー訪問看護ST	〒547-0041 平野北１－１０－２９	TEL：06-6791-5304 FAX：06-6791-5305
	平野西訪問看護ST	〒547-0033 平野西３－９－２３	TEL：06-6760-5475 FAX：06-6797-3721
大阪市西成区	西成区医師会訪問看護ST	〒557-0052 潮路１－１－１１	TEL：06-6654-2111 FAX：06-6654-2112
	訪問看護ST白寿苑	〒557-0063 南津守７－１３－３４－２０５	TEL：06-6651-6000 FAX：06-6651-6065
	山紀会訪問看護ST	〒557-0063 南津守４－５－２０	TEL：06-6659-7766 FAX：06-6659-7766
	アルト訪問看護ST	〒557-0054 千本中１－４－１７	TEL：06-6655-5100 FAX：06-6655-5101
	訪問看護ST「セレーノ」	〒557-0014 天下茶屋２－２１－１１	TEL：06-6656-7077 FAX：06-6656-3901
	訪問看護STありす	〒557-0031 鶴見橋１－１５－１８	TEL：06-6635-3360 FAX：06-6635-3371
	天神の森訪問看護ST	〒557-0042 岸里東２－１４－１１	ＴEL：06-6656-6307 FAX：06-6635-6308

大阪府保健所一覧　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（平成 21 年度）

名称	所管区域	所　在　地	（上段）電　話 （下段）Fax
池田	池田市、箕面市 豊能町、能勢町	〒563-0041　池田市満寿美町 3-19 http://www.pref.osaka.jp/ikedahoken/	072(751)2990 072(751)3234
豊中	豊中市	〒560-0881　豊中市中桜塚 4-11-1 http://www.pref.osaka.jp/toyonakahoken/	06(6849)1721 06(6846)2510
吹田	吹田市	〒564-0072　吹田市出口町 19-3 http://www.pref.osaka.jp/suitahoken/	06(6339)2225 06(6339)2058
茨木	茨木市、摂津市 島本町	〒567-8585　茨木市大住町 8-11 http://www.pref.osaka.jp/ibarakihoken/	072(624)4668 072(623)6856
枚方	枚方市	〒573-0027　枚方市大垣内町 2-2-2 http://www.pref.osaka.jp/hirakatahoken/	072(845)3151 072(845)0685
寝屋川	寝屋川市	〒572-0838　寝屋川市八坂町 28-3 http://www.pref.osaka.jp/neyagawahoken/	072(829)7771 072(838)1152
守口	守口市、門真市	〒570-0066　守口市梅園町 4-15 http://www.pref.osaka.jp/moriguchihoken/	06(6993)3131 06(6993)3136
四條畷	四條畷市 大東市、交野市	〒575-0034　四條畷市江瀬美町 1-16 http://www.pref.osaka.jp/shijonawatehoken/	072(878)1021 072(876)4484
八尾	八尾市、柏原市	〒581-0006　八尾市清水町 1-2-5 http://www.pref.osaka.jp/yaohoken/	072(994)0661 072(922)4965
藤井寺	藤井寺市、松原市 羽曳野市	〒583-0024　藤井寺市藤井寺 1-8-36 http://www.pref.osaka.jp/fujiiderahoken/	072(955)4181 072(939)6479
富田林	富田林市、河内長野市、大阪狭山市、太子町、河南町、千早赤阪村	〒584-0031　富田林市寿町 3-1-35 http://www.pref.osaka.jp/tondabayashihoken/	0721(23)2681 0721(24)7940
和泉	和泉市、泉大津市 高石市、忠岡町	〒594-0071　和泉市府中町 6-12-3 http://www.pref.osaka.jp/izumihoken/	0725(41)1342 0725(43)9136
岸和田	岸和田市 貝塚市	〒596-0076　岸和田市野田町 3-13-1 http://www.pref.osaka.jp/kishiwadahoken/	072(422)5681 072(422)7501
泉佐野	泉佐野市、泉南市、阪南市、熊取町、田尻町、岬町	〒598-0001　泉佐野市上瓦屋 583-1 http://www.pref.osaka.jp/izumisanohoken/	072(462)7701 072(462)5426

大阪市・堺市・東大阪市・高槻市保健所一覧　　　　　　　　　　　　　（平成 21 年度）

東大阪市	東大阪市	〒578-0941　東大阪市岩田町 4-3-22-300 http://www.city.higashiosaka.osaka.jp/110/110010/index2.html	072(960)3800 072(960)3806
高槻市	高槻市	〒569-0052　高槻市城東町 5-7 http://www.city.takatsuki.osaka.jp/db/hoken/hokenjyo.html	072(661)9333 072(661)1800
堺市	堺市	〒590-0078　堺市堺区南瓦町 3-1　（市役所内） http://www.city.sakai.lg.jp/shisetsu/citizenlife/146.html	072(222)9933 072(222)9876
大阪市	大阪市	〒545-0051　大阪市阿倍野区旭町 1-2-7-1000 あべのメディックス http://www.city.osaka.lg.jp/kenkofukushi/page/0000008442.html	06(6647)0641 06(6647)0803

関連ホームページ

・社団法人　大阪府医師会　http://www.osaka.med.or.jp/
・社団法人　大阪介護支援専門員協会　http://www.ocma.ne.jp/
・大阪府訪問看護ステーション協議会　http://daihokan.jp/
・社会福祉・医療事業財団（ＷＡＭ）　http://www.wam.go.jp/
・健康長寿ネット　http://www.tyojyu.or.jp/net/
・大阪府高齢介護室　http://www.pref.osaka.jp/s_koreikaigo/index.html
・厚生労働省　http://www.mhlw.go.jp/
（介護関係）　http://www.mhlw.go.jp/topics/kaigo/index.html

参考図書・資料

・「医療・介護連携のための先導的ケアプランモデル検討事業」報告書
（大阪介護支援専門員協会モデル）

・「高齢者が可及的に在宅生活を維持するための医療・介護連携先導的モデル事業」報告書　（豊中市モデル事業）

・大阪府地域包括ケア体制整備推進モデル事業
「和泉・医療と介護の連携プロジェクト」－報告書―　（和泉市モデル）

・脳卒中地域連携パス－泉州版-　Ver.１.１
運用マニュアル<医療・介護関係機関用>　２００８年７月
（泉州地域リハ連携会議・泉州地域リハビリテーション地域支援センター　発行）

・平成 21 年度　訪問看護ステーションのご案内（大阪府訪問看護ステーション協議会発行）

・かかりつけ医のための脳卒中リハビリテーションＱ＆Ａ
～脳卒中後のリハビリと積極的な療養生活に向けて、よくある質問６４～
日本リハビリテーション病院･施設協会、地域リハビリテーション推進委員会
２００８年３月

・「リハビリテーション連携論～ユニバーサル社会実現への理論と実践」
日本リハビリテーション連携科学学会　澤村誠誌・奥野英子　編集
三輪書店　発行

・「チームで行う退院支援入～院から在宅までの医療・ケア連携ガイド」
財団法人　医療経済研究・社会保険福祉協会　医療経済研究機構　編集
中央法規出版株式会社　発行

・「[改訂版]地域連携クリティカルパス　脳卒中・大腿骨近位部骨折・在宅・歯科在宅・ＮＳＴ」
藤本　俊一郎　編集
株式会社メディカルレビュー社　発行

・「脳卒中リハビリテーション連携パス～基本と実践ポイント」
日本リハビリテーション医学会診療ガイドライン委員会･リハビリテーション連携パス策定委員会　編集
株式会社　医学書院　発行

平成21年度　大阪府高齢者介護予防・地域リハビリテーション推進委員会
維持期検討専門部会　委員名簿

氏　　名	所　　属　・　職　　名	職　　種	
鈴木　恒彦	前　大阪府立急性期・総合医療センター副院長	医師（専門医）	職能団体
石井　正治	社団法人大阪府医師会　理事	医師	
小菓　裕成	社団法人大阪府医師会　理事	医師	
雨師　みよ子	社団法人大阪介護支援専門員協会　副会長	主任介護支援専門員	
柴尾　三千代	社団法人大阪社会福祉士会	社会福祉士	
大野　博司	社団法人大阪府理学療法士会　理事	理学療法士	
坂本　知三郎	医療法人篤友会 関西リハビリテーション病院　院長	医師	地域リハビリテーション地域支援センター
手塚　康貴	医療法人生長会 府中病院　理学療法室技師長	理学療法士	
新田　勉	医療法人若弘会 わかくさ竜間リハビリテーション病院医療技術部長	理学療法士	
山田　剛	千里津雲台訪問看護ステーション	作業療法士	施設・サービス業者
橋本　務	医療法人大植会 葛城病院副院長	医師	
秦　義則	㈱ユーアンドアイ　代表取締役会長	介護支援専門員	
田中　千賀子	豊中市中央地域包括支援センター	主任介護支援専門員	地域包括支援センター
二宮　佐和子	特定非営利活動法人 コミュニティ・ケア・ネットいずみ　副代表理事	保健師	
加納　榮三	大阪府泉佐野保健所長	医師	行政
熊木　正人	大阪府福祉部高齢介護室介護支援課長		